

# Psychosociální a spirituální aspekty asistované reprodukce

Monika Staníková

---

Bakalářská práce  
2017



Univerzita Tomáše Bati ve Zlíně  
Fakulta humanitních studií

---

Univerzita Tomáše Bati ve Zlíně

Fakulta humanitních studií

Ústav zdravotnických věd

akademický rok: 2016/2017

## ZADÁNÍ BAKALÁŘSKÉ PRÁCE

(PROJEKTU, UMĚLECKÉHO DÍLA, UMĚLECKÉHO VÝKONU)

Jméno a příjmení: **Monika Staníková**

Osobní číslo: **H14079**

Studijní program: **B5350 Zdravotně sociální péče**

Studijní obor: **Zdravotně sociální pracovník**

Forma studia: **prezenční**

Téma práce: **Psychosociální a spirituální aspekty asistované reprodukce**

Zásady pro vypracování:

**Zpracování rešerše a studium odborné literatury.**

**Vymezení pojmů a teoretických východisek v oblasti asistované reprodukce.**

**Příprava metodiky průzkumné části.**

**Realizace kvalitativního průzkumu technikou rozhovoru.**

**Zpracování, vyhodnocení a interpretace získaných dat.**

**Prezentace výsledků šetření a jejich shrnutí.**

Rozsah bakalářské práce:

Rozsah příloh:

Forma zpracování bakalářské práce: **tištěná/elektronická**

Seznam odborné literatury:

DESJARDINS-SIMON, Joelle a Sylvie DEBRAS. Nevědomé příčiny neplodnosti. Praha: Portál, 2015. Spektrum. ISBN 978-80-262-0821-1.

DOSTÁL, Jiří. Etické a právní aspekty asistované reprodukce: situace ve státech přijatých do Evropské unie v roce 2004. Olomouc: Univerzita Palackého v Olomouci, 2007. ISBN 978-80-244-1700-4.

JONES, Shirley R. Ethics in midwifery. Edinburgh: Elsevier Mosby, 2000. ISBN 0-7234-3172-8.

KONEČNÁ, Hana. Na cestě za dítětem: dvě malá křídla. Praha: Galén, 2009. ISBN 978-80-7262-591-8.

ŘEŽÁBEK, Karel. Asistovaná reprodukce: průvodce ošetřujícího lékaře. Praha: Maxdorf, c2008. ISBN 978-80-7345-154-7.

Vedoucí bakalářské práce:

**doc. Mgr. Martina Cichá, Ph.D.**

Ústav zdravotnických věd

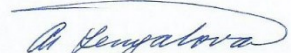
Datum zadání bakalářské práce:

**9. prosince 2016**

Termín odevzdání bakalářské práce:

**19. května 2017**

Ve Zlíně dne 9. prosince 2016

  
doc. Ing. Anežka Lengálová, Ph.D.  
děkanka



  
Mgr. Zlatica Dorková, Ph.D.  
ředitelka ústavu

## PROHLÁŠENÍ AUTORA BAKALÁŘSKÉ PRÁCE

Beru na vědomí, že

- odevzdáním bakalářské práce souhlasím se zveřejněním své práce podle zákona č. 111/1998 Sb. o vysokých školách a o změně a doplnění dalších zákonů (zákon o vysokých školách), ve znění pozdějších právních předpisů, bez ohledu na výsledek obhajoby <sup>1)</sup>;
- beru na vědomí, že bakalářská práce bude uložena v elektronické podobě v univerzitním informačním systému dostupná k nahlédnutí;
- na moji bakalářskou práci se plně vztahuje zákon č. 121/2000 Sb. o právu autorském, o právech souvisejících s právem autorským a o změně některých zákonů (autorský zákon) ve znění pozdějších právních předpisů, zejm. § 35 odst. 3 <sup>2)</sup>;
- podle § 60 <sup>3)</sup> odst. 1 autorského zákona má UTB ve Zlíně právo na uzavření licenční smlouvy o užití školního díla v rozsahu § 12 odst. 4 autorského zákona;
- podle § 60 <sup>3)</sup> odst. 2 a 3 mohu užit své dílo – bakalářskou práci - nebo poskytnout licenci k jejímu využití jen s předchozím písemným souhlasem Univerzity Tomáše Bati ve Zlíně, která je oprávněna v takovém případě ode mne požadovat přiměřený příspěvek na úhradu nákladů, které byly Univerzitou Tomáše Bati ve Zlíně na vytvoření díla vynaloženy (až do jejich skutečné výše);
- pokud bylo k vypracování bakalářské práce využito softwaru poskytnutého Univerzitou Tomáše Bati ve Zlíně nebo jinými subjekty pouze ke studijním a výzkumným účelům (tj. k nekomerčnímu využití), nelze výsledky bakalářské práce využít ke komerčním účelům.

Prohlašuji, že

- elektronická a tištěná verze bakalářské práce jsou totožné;
- na bakalářské práci jsem pracoval samostatně a použitou literaturu jsem citoval. V případě publikace výsledků budu uveden jako spoluautor.

Ve Zlíně ..... 28. 2. 2017 .....

.....  
.....

<sup>1)</sup> zákon č. 111/1998 Sb. o vysokých školách a o změně a doplnění dalších zákonů (zákon o vysokých školách), ve znění pozdějších právních předpisů, § 47b Zveřejňování závěrečných prací:

(1) Vysoká škola nevydělečně zveřejňuje disertační, diplomové, bakalářské a rigorózní práce, u kterých proběhla obhajoba, včetně posudků oponentů a výsledku obhajoby prostřednictvím databáze kvalifikačních prací, kterou spravuje. Způsob zveřejnění stanoví vnitřní předpis vysoké školy.

(2) Disertační, diplomové, bakalářské a rigorózní práce odevzdané uchazečem k obhajobě musí být též nejméně pět pracovních dnů před konáním obhajoby zveřejněny k nahlížení veřejnosti v místě určeném vnitřním předpisem vysoké školy nebo není-li tak určeno, v místě pracoviště vysoké školy, kde se má konat obhajoba práce. Každý si může ze zveřejněné práce pořizovat na své náklady výpisy, opisy nebo rozmnoženiny.

(3) Platí, že odevzdáním práce autor souhlasí se zveřejněním své práce podle tohoto zákona, bez ohledu na výsledek obhajoby.

2) zákon č. 121/2000 Sb. o právu autorském, o právech souvisejících s právem autorským a o změně některých zákonů (autorský zákon) ve znění pozdějších právních předpisů, § 35 odst. 3:

(3) Do práva autorského také nezasahuje škola nebo školské či vzdělávací zařízení, užije-li nikoli za účelem přímého nebo nepřímého hospodářského nebo obchodního prospěchu k výuce nebo k vlastní potřebě dílo vytvořené žákem nebo studentem ke splnění školních nebo studijních povinností vyplývajících z jeho právního vztahu ke škole nebo školskému či vzdělávacímu zařízení (školní dílo).

3) zákon č. 121/2000 Sb. o právu autorském, o právech souvisejících s právem autorským a o změně některých zákonů (autorský zákon) ve znění pozdějších právních předpisů, § 60 Školní dílo:

(1) Škola nebo školské či vzdělávací zařízení mají za obvyklých podmínek právo na uzavření licenční smlouvy o užití školního díla (§ 35 odst.

3). Odpírá-li autor takového díla udělit svolení bez vážného důvodu, mohou se tyto osoby domáhat nahrazení chybějícího projevu jeho vůle u soudu. Ustanovení § 35 odst. 3 zůstává nedotčeno.

(2) Není-li sjednáno jinak, může autor školního díla své dílo užit či poskytnout jinému licenci, není-li to v rozporu s oprávněnými zájmy školy nebo školského či vzdělávacího zařízení.

(3) Škola nebo školské či vzdělávací zařízení jsou oprávněny požadovat, aby jim autor školního díla z výdělku jim dosaženého v souvislosti s užitím díla či poskytnutím licence podle odstavce 2 přiměřeně přispěl na úhradu nákladů, které na vytvoření díla vynaložily, a to podle okolností až do jejich skutečné výše; přitom se přihlídáne k vyšší výdělku dosaženého školou nebo školským či vzdělávacím zařízením z užití školního díla podle odstavce 1.

## **ABSTRAKT**

Bakalářská práce se zabývá psychosociálními a spirituálními aspekty asistované reprodukce. Teoretická část bakalářské práce se věnuje neplodnosti a jejím příčinám u žen a u mužů, asistovanou reprodukcí a možnostmi umělého oplodnění a psychosociálními a spirituálními aspekty asistované reprodukce. Praktická část bakalářské práce uvádí výsledky z rozhovorů se ženami, které absolvovaly asistovanou reprodukci a mají z ní děti. Jejich pohled na tuto problematiku je zkoumán z hlediska psychosociálních a spirituálních aspektů.

Klíčová slova: psychosociální aspekt, spirituální aspekt, asistovaná reprodukce, neplodnost

## **ABSTRACT**

Bachelor thesis deals with psychosocial and spiritual aspects of assisted reproduction. The theoretical part of bachelor thesis pursues infertility and its causes for women and men, assisted reproduction and options of artificial insemination and psychosocial and spiritual aspects of assisted reproduction. The practical part of bachelor thesis presents results from interviews with women, who passed assisted reproduction and have kids from this procedure. Their view at this problematics is examined from viewpoint of psychosocial and spiritual aspects.

Keywords: psychosocial aspect, spiritual aspect, assisted reproduction, infertility

Poděkování:

Touto cestou bych chtěla poděkovat mé vedoucí, doc. Mgr. Martině Ciché, Ph.D., za odborné vedení, cenné rady, připomínky a podporu při vypracovávání bakalářské práce.

Dále bych chtěla poděkovat své rodině a přátelům za projevenou podporu a trpělivost při vypracovávání mé bakalářské práce a během celého studia.

V neposlední řadě bych chtěla poděkovat všem respondentkám, které byly ochotné se se mnou podělit o své životní příběhy.

Monika Staníková

Motto:

*„Děti jsou součástí srdce.“*

Italské přísloví

Prohlašuji, že odevzdaná verze bakalářské práce a verze elektronická nahraná do IS/STAG jsou totožné.

# OBSAH

<b>ÚVOD</b> .....	<b>9</b>
<b>I TEORETICKÁ ČÁST</b> .....	<b>11</b>
<b>1 NEPLODNOST</b> .....	<b>12</b>
1.1 NEPLODNOST U ŽENY .....	15
1.1.1 Příčiny neplodnosti u ženy .....	16
1.1.2 Diagnostika neplodnosti u ženy .....	17
1.2 NEPLODNOST U MUŽE.....	18
1.2.1 Příčiny neplodnosti u muže .....	18
1.2.2 Diagnostika neplodnosti u muže .....	19
<b>2 ASISTOVANÁ REPRODUKCE</b> .....	<b>21</b>
2.1 LEGISLATIVNÍ ÚPRAVA ASISTOVANÉ REPRODUKCE .....	22
2.2 METODY A TECHNIKY ASISTOVANÉ REPRODUKCE .....	23
2.2.1 Indukce ovulace .....	24
2.2.2 Minimální stimulace při léčbě IVF .....	24
2.2.3 Intrauterinní inseminace (IUI).....	24
2.2.4 Intrafolikulární inseminace (IFI).....	25
2.2.5 In vitro fertilizace (IVF).....	25
2.2.6 Intracytoplasmatická injekce spermií (ICSI) .....	26
2.2.7 Kultivace do stádia blastocysty .....	26
2.2.8 Asistovaný hatching .....	27
2.2.9 Kryokonzervace embryí .....	27
2.2.10 Preimplantační genetický screening (PGS).....	27
2.2.11 Mikrochirurgické odsátí spermií z nadvarlete (MESA).....	27
2.2.12 Darování vajíček a spermií.....	28
2.2.13 Náhradní (surogátní) mateřství .....	28
<b>3 PSYCHOSOCIÁLNÍ A SPIRITUÁLNÍ ASPEKTY ASISTOVANÉ REPRODUKCE</b> .....	<b>30</b>
3.1 PSYCHOSOCIÁLNÍ ASPEKTY ASISTOVANÉ REPRODUKCE.....	30
3.2 SPIRITUÁLNÍ ASPEKTY ASISTOVANÉ REPRODUKCE .....	32
3.2.1 Judaismus .....	33
3.2.2 Křesťanství .....	34
3.2.3 Islám .....	34
3.2.4 Konfuciánství a taoismus .....	35
3.2.5 Buddhismus.....	35
3.2.6 Hinduismus .....	36
<b>II PRAKTICKÁ ČÁST</b> .....	<b>37</b>
<b>4 METODIKA VÝZKUMNÉHO ŠETŘENÍ</b> .....	<b>38</b>
4.1 ANALÝZA ZÍSKANÝCH DAT.....	42
<b>5 DISKUZE</b> .....	<b>54</b>
<b>ZÁVĚR</b> .....	<b>58</b>
<b>SEZNAM POUŽITÝCH ZDROJŮ</b> .....	<b>60</b>
<b>SEZNAM POUŽITÝCH ZKRATEK</b> .....	<b>64</b>
<b>SEZNAM PŘÍLOH</b> .....	<b>65</b>



## ÚVOD

Předložená bakalářská práce se zabývá asistovanou reprodukcí a jejími psychosociálními a spirituálními aspekty. Téma asistované reprodukce je v dnešní době velmi aktuální a diskutované, vzhledem k tomu, že se věk matek prvorodiček značně zvýšil. Ženy svou mateřskou roli odsouvají až „na druhou kolej“, nejdříve chtějí vystudovat, užít si studentský život se vším všudy, poté procestovat svět a posbírat nové zážitky, zkušenosti, jazyk a nové přátele v různých koutech světa. Mnohé ženy také chtějí nejdříve dosáhnout určité pracovní úrovně, získat pracovní zkušenosti a vybudovat si pracovní post, aby se měly kam po mateřské dovolené vrátit. V neposlední řadě chtějí být ženy ekonomicky zajištěné, aby si udržely určitou úroveň životního stylu.

Mnohdy si však ženy neuvědomují, že odsouváním mateřství až za hranici 30 let se mohou dostat do situace, když již přirozené početí dítěte nebude možné a bude potřeba dopomoci lékařů. Asistovaná reprodukce se však netýká jen těchto žen. Využití metod asistované reprodukce mohou i ženy v mnohem mladším věku, které mohou mít nějaký zdravotní problém, nebo může mít nějaký zdravotní problém jejich partner.

Asistovaná reprodukce je velmi aktuálním tématem, o kterém se často píše, problematika asistované reprodukce z hlediska náboženství a spirituality už ale tak známá není. Na světě existuje mnoho náboženských směrů a každý se k problematice asistované reprodukce staví jinak. Cílem bakalářské práce je prozkoumat podrobněji dopady asistované reprodukce na psychický a fyzický stav žen, které ji podstoupily a také pohled na tuto problematiku z hlediska jejich vyznání a spirituality.

Teoretická část bakalářské práce je zaměřena na neplodnost, její příčiny a diagnózu jak u žen, tak u mužů. Dále se teoretická část zabývá asistovanou reprodukcí, jejím legislativním vymezením a některými metodami, které tento proces nabízí. Poslední část teoretické části bakalářské práce je zaměřena na psychosociální a spirituální aspekty asistované reprodukce. Kapitola se zabývá tím, co je vlastně spiritualita, dále psychosociálními dopady podstupování asistované reprodukce na pár a v neposlední řadě se zabývá pohledem některých vybraných náboženských směrů na tuto problematiku, jak se tato náboženství k asistované reprodukci staví, jestli ji tolerují či nikoliv.

Praktická část bakalářské práce se zabývá tím, jak ženy, které podstoupily některou z metod asistované reprodukce, popisují její dopady na vlastní psychický a fyzický stav,

na vztahy s partnerem a okolím a také pokud jsou věřící, jak jejich náboženství vnímá tuto problematiku, jestli akceptuje tuto lékařskou pomoc k dítěti či nikoliv.

## I. TEORETICKÁ ČÁST

## 1 NEPLODNOST

Dítě a jeho hodnota a postavení ve společnosti se během posledního století velice změnilo. Dříve bylo těhotenství a následné mateřství vnímáno vcelku pasivně a přijímáno automaticky. Matky braly příchod jejich dítěte jako samozřejmost, dar od Boha, který však přicházel i když nebyl plánovaný. V dnešní době však existuje mnoho antikoncepčních metod, které dávají ženám možnost volby, kdy dítě budou mít. Ženy díky antikoncepčním prostředkům nabyly dojmu, že mohou mít dítě kdykoliv si samy určí. Pokud však nedojde k otěhotnění přesně podle jejich plánů, dostaví se nepředstavitelné zklamání ze sebe samých. (Desjardin-Simon a Debras, 2015, s. 13-14)

Biologická reprodukce je zájmem jak politickým, tak společenským. Její správná podoba se v 19. století stala hlavní náplní systému kontroly populace, kterou Foucault nazývá biomocí. Biomoc určila heterosexuální jako normu a ženu a její tělo podrobila kontrole ze strany lékařů po celý její život a to v zájmu zachování lidské populace. Biologická reprodukce je tedy částí lidského života, ve které se setkává lidská nejintimnější sféra společně se společenskými normami a hodnotami. Problém v reprodukci vede k narušení vize o rodičovství, o společenském naplnění rolí muže a ženy jako rodičů a pokračovatelů rodu a také o správném fungování lidského těla. (Slepičková, 2014, s. 11-17)

Již v 19. století brali gynekologové neplodnost pacientů jako součást své profese, pacientům však nemohli nijak zvlášť pomoci. V roce 1830 se jako léčba neplodnosti pacientkám doporučovalo změnit ovzduší, koupat se v lázních s mořskou solí, ale také sexuální zdrženlivost a dostatek odpočinku. Roku 1894 vynesl jeden anglický lékař výrok – „*u žádné jiné nemoci není prognóza tak nejistá.*“ V polovině 19. století došlo k zásadnímu průlomům v oblasti mužského reprodukčního systému, v neposlední řadě byla objevena přítomnost patologických spermií ve spermatu. Neznalost ovulačního cyklu, neúplná znalost menstruačního cyklu a hormonálního vlivu na reprodukční funkce způsobila, že i přes pokusy s inseminací byla neplodnost stále léčena neúspěšně. Zásadní průlom v léčbě neplodnosti přišel ve 20. letech 20. století, kdy byly syntetizovány ženské hormony estrogen a progesteron. V 60. letech byla vynalezena laparoskopie, která se společně s rentgenem a testem průchodnosti vejcovodů stala základním kamenem pro diagnostiku poruch reprodukčních orgánů. Léčba neplodnosti se dostala do středu zájmu lékařství na konci 20. století, kdy bylo objeveno velké množství nových metod její léčby. V roce 1977 byla neplodnost zařazena na seznam nemocí, který sestavila Světová

zdravotnická organizace. Pokusy o oplodnění lidských vajíček mimo lidské tělo vyvrcholily narozením prvního tzv. dítěte ze zkumavky v Anglii roku 1978. (Slepičková, 2014, s. 21-23)

Prvním dítětem narozeným pomocí umělého oplodnění byla dcera manželů Brownových, Louisa Brownová. Zásluhou doktora Patricka Steptoea a profesora Roberta Edwardse byly její matce a otci odebrány pohlavní buňky, vajíčko bylo poté oplodněno spermií na Petriho misce. Po pár dnech kontrolování bylo oplodněné vajíčko vloženo do dělohy paní Brownové a pokračovalo ve vývinu jako by k oplodnění došlo přirozenou cestou. I když je Louisa nazývána dítětem ze zkumavky, její embryo bylo vloženo do dělohy matky a vyvíjelo se uvnitř jejího těla až do porodu. Cílem tohoto procesu mělo být napravení problému ve vaječnicích paní Brownové. Její vaječníky byly neprůchodné v důsledku srůstů. (Jonsen, 2000, s. 66)

Metoda umělého oplodnění, během které dojde ke splynutí lidských pohlavních buněk (vajíčka a spermie) byla nejprve vyvíjena jako možnost léčby neplodnosti z důvodu neprůchodnosti vejcovodů nebo dalších poruch ženských reprodukčních orgánů, postupně se však stala léčbou neplodnosti mužské. (Slepičková, 2014, s. 21-23)

Jsou známy případy žen, které ve svém zoufalém pokusu o otěhotnění vyzkoušely mnoho věcí, například návštěvy ranhojičů a hypnotizérů, vydávaly se na náboženské poutě, oddávaly se motlitbám, například novénám, což jsou motlitby pronášené devět po sobě jdoucích dní, nebo se modlily s růženci. Až po několika letech, po dozrání správného času, konečně dosáhly kýženého těhotenství a pokračovaly v rodinné linii. (Desjardins-Simon a Debras, 2015, s. 14)

V 80. letech 20. století bylo Organizací spojených národů vyhlášeno právo *mít tolik dětí, kolik si rodina přeje, mít tyto děti v době, kterou považuje za nejvhodnější*. V dnešní době však ve vyspělých zemích (včetně České republiky) zůstává jedna čtvrtina párů nedobrovolně bezdětných. Podle hrubých odhadů se na neplodnosti těchto párů podílí z 50 % žena, ze 40 % muž a v 10 % mají problém s neplodností oba partneři. Podle odhadů Světové zdravotnické organizace má v dnešní době problém s plodností asi 2 miliony párů každý rok. (Ulčová-Gallová a Lošan, 2013, s. 11)

V dnešní době je těhotenství a mateřství považováno médii a veřejným míněním jako nejvýše dosažitelná a nejcennější meta, které žena může ve svém životě dosáhnout a je mnohem důležitější než kterékoliv ostatní cíle, jako například kariéra. Mateřství

je považováno za něco ušlechtilého a je zidealizováno, protože popírá velké problémy, které některé ženy mají, pokud chtějí této mety během svého života dosáhnout. I dnes mohou být ženy kvůli neschopnosti počít dítě vyloučeny ze společnosti, ve které žijí. (Desjardins-Simon a Debras, 2015, s. 13-14)

Neplodnost již v posledních letech díky pokroku v asistované reprodukci není pouze soukromým problémem neplodného páru. Pokrok zbavil neplodnost statusu „boží vůle“ nebo „rány osudu“ a neplodnost se tak dostala do středu zájmu vědy a techniky. Neplodnost je tedy moderním problémem, který je nutné léčit pomocí medicíny a jejích technologií. Neplodnost není charakterizována tělesnými příznaky, ale absencí početí a těhotenství. (Slepičková, 2014, s. 5)

Neplodnost se označuje jako neschopnost početí během 12 měsíců pravidelného nechráněného pohlavního styku. Neplodnost však není nemocí, ale diagnózou, je to soubor poruch jednoho nebo obou partnerů, jejichž společným znakem je nemožnost početí. Příčiny neplodnosti mohou být nejrůznější povahy – hormonální, genetické, imunologické nebo mechanické. V případě, kdy není příčina neplodnosti odhalena, mluvíme o tzv. neplodnosti idiopatické. Léčba neplodnosti nesleduje odstranění jejich příčin, ale jejich obejití, a kritériem úspěšné léčby neplodnosti není zdraví pacientů, ale dosažení těhotenství. (Slepičková, 2014, s. 21-22)

Vymezení hranice jednoho roku je umělého rázu, někteří autoři uvádí ve svých definicích dvouletý termín. Teprve když dojde ke stanovení diagnózy neplodnosti, je to impuls pro zahájení příslušné léčby. V některých případech by mohl být dvouletý termín rizikovým faktorem, obzvláště pokud je žena ve vyšším věku. Čím je žena starší, tím rychleji klesá její schopnost plodnosti. Proto při vyšetření neplodnosti musíme vždy brát v potaz věk ženy – u žen starších 35 let se většinou nečeká ani uvedený jeden rok. (Řežábek, 2008, s. 10)

Podle Světové zdravotnické organizace je neplodnost rozdělena do 4 kategorií:

- Primární neplodnost – žena nebyla nikdy během svého života těhotná i přes to, že provozovala pravidelný nechráněný pohlavní styk.
- Sekundární neplodnost – žena není schopna otěhotnět během pravidelného nechráněného pohlavního styku, přestože již v minulosti těhotná byla.
- Pravidelné spontánní potraty nebo kojenecká úmrtnost – v tomto případě nejsou živě narození novorozenci schopni přežít do 5 let věku.

- Neobjasněná neplodnost – žena není schopna otěhotnět díky některému z faktorů, jako je laktace, užívání různých antikoncepčních prostředků, díky snížené sexuální aktivitě nebo z nějaké neznámé příčiny. (Typy a příčiny neplodnosti, ©2014)

Nejplodnější období u ženy je považováno od 19 do 25 let, u mužů tato hranice není striktně vymezena, protože je vědecky doloženo, že i jedinci ve vyšším věku jsou schopni zplodit potomka. Ještě před několika lety vládla teorie, že pokud nedojde k oplodnění do 24 měsíců, je pár považován za pár se sníženou plodností. V dnešní době se ale páry rozhodují mít dítě až ve vyšším věku, a to z mnoha důvodů – chtějí být ekonomicky zajištěni, mít stálou a dobře placenou práci nebo mít vlastní byt. Z těchto důvodů musela být definice neplodnosti upravena a to tak, že za poruchu plodnosti se považuje intenzivní snažení o početí trvající 12 měsíců. (Ulčová-Gallová a Lošan, 2013, s. 11)

*Poznávání četných příčin neplodnosti u ženy i u muže závisí především na dosažitelnosti nejmodernějších vyšetřovacích metod v oboru gynekologie, endokrinologie, imunologie, andrologie, sexuologie, urologie, genetiky, psychologie a jiných dalších doplňujících se oborů. Velice důležité je také další studium a tím získávání dalších poznatků o procesu lidského rozmnožování. (Ulčová-Gallová a Lošan, 2013, s. 11)*

## 1.1 Neplodnost u ženy

Ženské reprodukční orgány se skládají ze zevních a vnitřních rodidel. Mezi zevní rodidla patří trojúhelníkové ochlupení, hrma, malé a velké stydké pysky, poštváček, poševní vchod, vchodová párová tělesa se svými žlázami, panenská blána a hráz. Mezi vnitřní rodidla se řadí pochva, děloha se svým hrdlem, dva vejcovody a dva vaječníky. (Ulčová-Gallová a Lošan, 2013, s. 31)

Pokud je u ženy stanovena určitá absolutní porucha, není možné, aby otěhotněla bez léčby. Pak je vhodné začít s léčbou co nejdříve. U některých párů jsou však všechna vyšetření v pořádku. Pokud tomu tak je a věk ženy to ještě dovolí, prodlužuje se doba na přirozené otěhotnění. Vhodnou metodou pro podporu přirozeného početí jsou rehabilitační cviky podle sestry Mojžíšové. (Řežábek, 2008, s. 24)

Ženská neplodnost je zařazena na seznam Mezinárodní klasifikace nemocí s kódy N970 (ženská neplodnost spojená s anovulací), N971 (ženská neplodnost tubárního původu), N972 (ženská neplodnost děložního původu), N973 (ženská neplodnost cervikálního původu), N974 (ženská neplodnost spojená s mužskými faktory), N978 (ženská neplodnost

jiného původu) a N979 (ženská neplodnost, která není specifikována). *Kód N974 je ve skutečnosti nesmyslný a správné označení tohoto stavu je N46 Mužská neplodnost.* (Řežábek, 2008, s. 14)

Mezi rizikové faktory ženské neplodnosti můžeme zařadit kouření, které nepříznivě ovlivňuje hladinu hormonů v těle a také zvyšuje riziko mimoděložního těhotenství. Dalším nepříznivým faktorem je nadměrné užívání alkoholu, které může snížit plodnost až o 50 %. Důležitým faktorem ovlivňujícím plodnost je nadměrná konzumace kofeinu, přílišné cvičení a tělesná zátěž, která může poškodit reprodukční funkce nebo přísné diety. V neposlední řadě jsou jako rizikový faktor považovány také pohlavně přenosné choroby, které jsou v dnešní době diagnostikovány stále častěji. Neléčené pohlavní nemoci mohou vést k rozvoji pánevní zánětlivé nemoci a výrazně tak snížit možnost ženy otěhotnět. (Doherty a Clark, 2006, s. 15-16)

### 1.1.1 Příčiny neplodnosti u ženy

Příčiny neplodnosti u ženy můžeme rozdělit do pěti skupin, a to ovariální faktory, tubární faktory, endometriózu, imunologické faktory a genetické poruchy. Ovariální faktory jsou spojeny s hormonálními poruchami u ženy, kdy nedochází k dozrání folikulů ve vaječníku. Vajíčko se tedy nemůže uvolnit do vejcovodu a nedochází k ovulaci. Počet vajíček je u každé ženy omezen, během života již nová vajíčka nedozrávají. (Příčiny a diagnostika neplodnosti, ©2016)

Zvláštnost v hormonální nedostatečnosti je syndrom polycystických ovarií. Tento syndrom byl popsán již v roce 1935 lékaři Steinem a Leventhalem, přesto ani dnes není příčina tohoto syndromu jasně vysvětlena. Ženy trpící syndromem polycystických ovarií mají na jejich vaječnicích velké množství dutin, které jsou vyplněny tekutinou. Pacientky s touto diagnózou často trpí nadváhou, menstrují nepravidelně, mají nadměrné ochlupení na těle a mají velký problém s otěhotněním. (Ulčová-Gallová a Lošan, 2013, s. 41)

Tubární faktory jsou spojeny s uzavřením vejcovodu nebo jeho nepřítomností v těle ženy. Touto příčinou neplodnosti jsou často postiženy ženy, které prodělaly během svého života vážnější gynekologické záněty. (Příčiny a diagnostika neplodnosti, ©2016)

Endometrióza je charakterizována výskytem děložní sliznice mimo její běžné umístění v těle, například na vaječnicích, vejcovodech, rektovaginálním septu, děložním čípku nebo močovém měchýři a může tak způsobovat četné komplikace. (Olshansky, 2016, s. 126)



Imunologický faktor zahrnuje přítomnost imunologických protilátek, které působí negativně na pohyb spermií, negativně ovlivňují splnutí pohlavních buněk, nebo mohou poškodit embryo v počátku jeho vývoje. Genetické poruchy jsou způsobeny nesprávným chromozomálním vybavením partnerů. (Příčiny a diagnostika neplodnosti, ©2016)

Psychogenní příčina neplodnosti může být chápána jako samostatná příčina neplodnosti nebo jako součást ostatních příčin neplodnosti u ženy. Žena, která chce přijít do jiného stavu, se často na tento proces až příliš upíná. Touha po dítěti a neschopnost přijít do jiného stavu okamžitě ji znervózňují, straní se přítelkyním, které jsou v jiném stavu nebo již mají své vlastní dítě. Tyto ženy bývají velmi důsledné, zapisují si podrobně informace o svém menstruačním cyklu, počítají si plodné dny a po partnerovi vyžadují sexuální styk přesně v tuto dobu. Sex je tím pádem plánovaný, což může partnerovi vadit a dochází tak k neshodám mezi partnery. Stresové situace někdy způsobují, že dojde k vynechání ovulace nebo ke snížení pohyblivosti vejcovodů, což vede k hormonální nerovnováze a vynechání menstruačního cyklu. Náprava takového psychického stavu u ženy může být v některých případech velice problematická. (Ulčová-Gallová a Lošan, 2013, s. 35-36)

### 1.1.2 Diagnostika neplodnosti u ženy

Diagnostika neplodnosti ženy se určuje pomocí několika metod. Mezi tyto metody patří ultrazvukové vyšetření malé pánve, vyšetření, které měří hladinu hormonů v krvi, rentgenové vyšetření dělohy a vejcovodů ženy, hysteroskopie, laparoskopie, genetické vyšetření a v neposlední řadě imunologické vyšetření. Ultrazvukové vyšetření malé pánve zahrnuje transvaginální ultrazvuk dělohy a vaječnicků a následné gynekologické prohmatání ženy. Je potřeba brát zřetel na to, ve které fázi menstruačního cyklu se žena zrovna nachází. *Ultrazvukové vyšetření dokáže posoudit velikost a tvar dělohy, přítomnost svalových uzlů (myomů), výšku a kvalitu děložní sliznice, rovněž dává informace o stavu vaječnicků, růstu folikulů a přítomnosti cyst nebo endometriózy.* Vyšetření hladiny hormonů zahrnuje krevní testy během prvních 3 dnů menstruace. Tímto vyšetřením je získán obraz o stavu vaječnicků a jejich schopnosti vytvářet zralá vajíčka. Dochází k vyšetření hladiny folikulostimulačního hormonu, luteinizačního hormonu, Anti-Mülleriánského hormonu a hladiny prolaktinu a hormonu štítné žlázy. Při rentgenovém vyšetření dělohy a vejcovodů zavádí gynekolog kontrastní látku, která vymeze tvar děložní dutiny a průchodnost či neprůchodnost vejcovodů. *Hysteroskopie je metoda, umožňující vizualizaci dutiny*

*děložní a provedení drobných výkonů v dutině a hrdle děložním - odstranění polypů, srůstů a sept dělohy.* Laparoskopie je metoda, která šetrným způsobem ověřuje průchodnost či neprůchodnost vejcovodů. Laparoskopie se řadí do skupiny mini invazivních zákroků, u kterých není nutné otevření dutiny břišní. Genetické vyšetření zahrnuje vyšetření genetické výbavy obou partnerů. Neobvyklé nálezy mohou být jednou z příčin neplodnosti, mohou způsobovat neúspěšnost metod asistované reprodukce nebo opakované potraty. Imunologické vyšetření zjišťuje protilátky proti spermiím, vajíčkům nebo embryům v těle ženy a přítomnost antifosfolipidových látek. Ve specifických případech dochází k vyšetření buněčné imunity. (Příčiny a diagnostika neplodnosti, ©2016)

## 1.2 Neplodnost u muže

Mužské pohlavní orgány jsou rozděleny na vnější a vnitřní genitál. Zevní genitál muže se skládá z varlete, nadvarlete a penisu. Vnitřní genitál je tvořen semennými vajíčky, prostatou a bulbouretrálními žlázami. (Rokyta a kol., 2016, s. 235)

Neplodnost muže je zařazena na seznam Mezinárodní klasifikace nemocí po kódem N46 Mužská neplodnost. Tento pojem není podrobněji rozdělen, pouze se zmiňuje o existenci azoospermie a oligospermie. (Řežábek, 2008, s. 13)

Rizikovými faktory mužské neplodnosti jsou v první řadě zranění například při sportu nebo autonehodách. Dalším faktorem jsou stejně jako u žen pohlavně přenosné nemoci, kouření, které snižuje kvalitu ejakulátu a nadměrná konzumace alkoholu a návykových látek, které snižují hladinu hormonů v mužském těle. Dalším faktorem je nadměrné teplo, například při návštěvě sauny nebo vířivek a v neposlední řadě stres. (Doherty a Clark, 2006, s. 55-56)

### 1.2.1 Příčiny neplodnosti u muže

Vývoj zdravých spermií v těle muže je řízen třemi hormony – folikulostimulujícím a luteinizačním hormonem a mužským pohlavním hormonem testosteronem. Zdravý dospělý muž vyprodukuje každý den okolo 100 milionů spermií, během posledních let se ale hranice počtu spermií pro standardní hodnoty snížila na 20 milionů na 1 mililitr. (Ulčová-Gallová a Lošan, 2013, s. 13)

Mužská neplodnost může mít několik příčin. Oligospermie, neboli nízký počet spermií, znamená, že počet spermií v mužském spermatu se pohybuje pod 15 miliony spermií na 1 mililitr spermatu. Astenospermie, neboli nedostatečná pohyblivost spermií, znamená,

že mužovy spermie nejsou pohyblivé natolik, aby doputovaly k ženskému vajíčku a oplodnily ho. Další příčinou neplodnosti u muže může být nepřítomnost spermií v ejakulátu, tzv. azoospermie. Příčinou azoospermie je neschopnost muže produkovat spermie nebo existuje překážka v jejich transportu. (Příčiny a diagnostika neplodnosti, ©2016)

Teratospermie, neboli nesprávná morfologie spermií způsobuje, že spermie nejsou schopny proniknout obalem vajíčka a oplodnit ho. Varikokéla, neboli rozšíření cév v mužově šourku, postihuje až 15 % mužské populace a ve 40 % snižuje mužovu plodnost, tím pádem se stává nejčastější příčinou způsobující mužskou neplodnost. (Doherty a Clark, 2006, s. 57)

Poškození vývodného systému může být další z příčin způsobujících mužskou neplodnost. Nejčastější příčinou je vasektomie, což znamená chirurgické přerušení vývodního systému, přes který prochází mužovo sperma. Tato antikoncepční metoda nemá v České republice příliš velkou tradici, například ve Spojených státech amerických je velmi častou antikoncepční metodou. Dalším poškozením vývodného systému může být blokáda v labyrintu velmi jemných kanálků, kterými prochází sperma. (Doherty a Clark, 2006, s. 58)

Další z příčin neplodnosti u muže může být problém s pohlavním stykem, který zahrnuje problémy s ejakulací nebo dokonce impotenci. Genetické problémy u muže jsou způsobeny poruchami v chromozomální výbavě nebo předpokladem ke vzniku nějakého dědičného onemocnění. Dalšími faktory způsobující mužskou neplodnost, mohou být těžké záněty, operační výkony nebo onkologická onemocnění a s nimi spojená léčba, včetně ozařování. (Příčiny a diagnostika neplodnosti, ©2016)

### **1.2.2 Diagnostika neplodnosti u muže**

Prvotní vyšetření muže probíhá u jeho obvodního lékaře. Pokud obvodní lékař zjistí jakékoliv abnormality, je muž odeslán na specializované vyšetření k urologovi. Často je také podnět k vyšetření mužovy plodnosti podán ze strany gynekologa partnerky. Při vyšetření je u muže odebírána anamnéza, moč a vzorek spermatu. (Doherty a Clark, 2006, s. 63)

Existuje několik vyšetřovacích metod určujících neplodnost muže. Řadí se mezi ně v první řadě vyšetření spermatu. Tímto vyšetřením se zjišťuje počet spermií v ejakulátu, jejich

pohyblivost, tvar, objem vyprodukovaného ejakulátu, jeho pH, viskozita nebo přítomnost dalších buněk. Pokud je některá z naměřených hodnot mimo normu, může to značit problém s mužskou plodností. Další metodou vyšetření plodnosti u muže jsou funkční testy spermií, které testují jejich správnou funkci, mikrobiologické vyšetření spermatu, které může prokázat infekci, která může mít vliv na kvalitu spermatu. Genetické vyšetření prokazuje problém v genetické výbavě muže a určuje procento přenosu na potomka. Imunologické vyšetření se provádí z krve obou partnerů a z mužova ejakulátu. V neposlední řadě je prováděno vyšetření hormonální. (Mužská neplodnost, ©2014)

## 2 ASISTOVANÁ REPRODUKCE

Asistovaná reprodukce je v české legislativě definována takto: *asistovanou reprodukcí se rozumí metody a postupy, při kterých dochází k odběru zárodečných buněk, k manipulaci s nimi, ke vzniku lidského embrya oplodněním vajíčka spermií mimo tělo ženy, k manipulaci s lidskými embryi, včetně jejich uchovávání, a to za účelem umělého oplodnění ženy ze zdravotních důvodů při léčbě její neplodnosti nebo neplodnosti muže (...) nebo pokud jde o potřebu časného genetického vyšetření lidského embrya, je-li zdraví budoucího dítěte ohroženo z důvodu prokazatelného rizika přenosu geneticky podmíněných nemocí nebo vad, jejichž nositelem je tato žena nebo muž.* (Zákon č. 373/2011 Sb., s. 4802)

Asistovaná reprodukce byla taktéž definována Světovou zdravotnickou organizací a její definice zní: *asistovaná reprodukční technologie jsou všechny procesy nebo léčebné postupy, které in vitro pracují s lidskými oocyty a spermii nebo embryi s cílem dosáhnout těhotenství. Je to především (ne však pouze) IVF a transcervikální embryotransfer, GIFT, ZIFT, transfer embrya do tuby, kryokonzervace gamet a embryí, darování oocytu a embrya a náhradní mateřství.* (Řezábek, 2008, s. 95)

Biologickým materiálem pro účely asistované reprodukce jsou spermie a vajíčka. Při umělém oplodnění ženy lze použít vajíčka, která byla získána právě od této ženy, dále spermie, které byly získány od muže, který podstupuje umělé oplodnění společně s touto ženou anebo cizí pohlavní buňky, které byly darovány anonymními dárci. Anonymní dárkyní vajíček se může stát žena ve věku 18 až 35 let a muž ve věku 18 až 40 let. Anonymními dárci pohlavních buněk nesmí být osoby zbavené svéprávnosti, osoby ve výkonu trestu odnětí svobody, osoby v nařízené karanténě nebo ve výkonu ochranného léčení nebo osoby přijaté k hospitalizaci do zařízení bez souhlasu. Poskytovatel metod asistované reprodukce je povinen zajistit vzájemnou anonymitu jak mezi dárci a příjemci pohlavních buněk, tak mezi dárci a dítětem narozeným z asistované reprodukce. (Zákon č. 373/2011 Sb., s. 4803-4804)

Umělé oplodnění je možné provést u ženy, která nepřekročila hranici 49 let věku, a společně s mužem si podali řádně vyplněnou žádost. Tato žádost je součástí lékařské dokumentace ženy a nesmí být starší 6 měsíců. Umělé oplodnění nesmí být provedeno u ženy, která má s mužem, s kterým podala žádost, jiný příbuzenský vztah než manželský. Příjemkyní nesmí být žena zbavená svéprávnosti nebo ve výkonu trestu odnětí svobody. (Zákon č. 373/2011 Sb., s. 4803)

Metody asistované reprodukce nesmí být využívány k volbě pohlaví dítěte, výjimkou jsou případy, kdy existuje riziko vzniku závažné geneticky podmíněné choroby u nenarozeného dítěte navázané na jeho pohlaví. Metody asistované reprodukce mohou být prováděny pouze příslušnými odborníky, kterým bylo uděleno řádné oprávnění k poskytování služeb se zaměřením na asistovanou reprodukci. Poskytovatel musí žádající pár před výkonem informovat o povaze prováděného výkonu, jeho možných rizicích a následcích a také o finanční nákladnosti uskladnění nevyužitých embryí a době jejich uskladnění. Žádající pár poté podepíše souhlas o poučení. Žádající pár také podepisuje informovaný souhlas před každým zákrokem. Veškeré párem podepsané dokumenty jsou součástí dokumentace vedené o žádající ženě. (Zákon č. 373/2011 Sb., s. 4803-4804)

Pokud nebyla při asistované reprodukci použita všechna embrya, mohou být tato embrya uchována pro pozdější oplodnění té samé příjemkyně. Neplodný pár však může udělit souhlas, že v jejich případě nevyužitá embrya mohou být postoupena jinému neplodnému páru, dále mohou být postoupena pro výzkum dle zákona o výzkumu na lidských embryonálních kmenových buňkách nebo udělit souhlas k jejich likvidaci. Tento souhlas může vzít neplodný pár zpět, pokud však již nebyla embrya postoupena jinému neplodnému páru nebo zlikvidována. (Zákon č. 373/2011 Sb., s. 4804)

Při spolupráci s páry je potřeba velice individuálního přístupu k jejich situaci. Je potřeba respektovat jejich přání a potřeby, respektovat povahu sdělených informací, zachování mlčenlivosti a nabídnutí několika variant léčby. (Chenery-Morris, 2013, s. 14-15)

## 2.1 Legislativní úprava asistované reprodukce

Asistovaná reprodukce je v České republice definována zákonem číslo 373/2011 Sb., zákonem o specifických zdravotnických službách, hlava druhá, díl první, paragraf 3 až 11. Metody asistované reprodukce léčí neplodnost ženy nebo muže v případě, že je nízká pravděpodobnost nebo vůbec žádná šance, že by žena přišla do jiného stavu přirozenou cestou nebo byla schopná donosit plod, nebo pokud oba partneři absolvovali léčbu, která však opakovaně nevedla k otěhotnění ženy. (Zákon č. 373/2011 Sb., s. 4802)

Legislativní úprava asistované reprodukce je součástí veřejného práva, konkrétněji správního práva. Po narození prvního dítěte z umělého oplodnění, Luisy Brownové, nebyla asistovaná reprodukce ihned právně upravena, což vedlo k rychlému rozvoji a vylepšování jejích metod. V některých státech zůstává toto legislativní nedefinování dodnes, některé

společnosti specializované na asistovanou reprodukci vydaly alespoň směrnice, podle kterých by se léčba asistovanou produkcí měla řídit a tak je v těchto zemích asistovaná reprodukce prováděna bez větších problémů. Ve většině zemí ale nakonec převládl názor, že je potřeba asistovanou reprodukci právně ošetřit z hlediska státní moci kvůli obavám, že by člověk mohl zaujmout pozici Boha ve vytváření nových lidských životů. Velkou roli měla také média, která upozorňovala na možnost klonování, vybírání pohlaví budoucích dětí nebo chyby při manipulaci s pohlavními buňkami. Byla vydána legislativa, která měla chránit jak léčené páry, tak i budoucí narozené děti a udávala standardy poskytované péče. (Dostál, 2007, s. 27-28)

Z hlediska legislativy je k metodám asistované reprodukce nepřísnější Německo, z historických důvodů, dále křesťansky založené státy jako je Polsko a Irsko, na druhé straně nejvolnější zákony o asistované reprodukci má Velká Británie. Například v Belgii je od roku 2003 hrazeno pojišťovnou až 6 cyklů, je však povolen transport pouze jednoho embrya. Transport více embryí je povolen pouze u žen, které jsou starší 35 let. Ve Spojených státech amerických je asistovaná reprodukce legislativně upravena v každém státě zvlášť, jedinou společnou podmínkou je finanční regulace, jinak není omezen ani počet transportovaných embryí, kdy je možné transportovat do těla ženy až 7 embryí. V České republice není právně definován počet embryí, která smí být transportována do těla ženy ani čas, jak dlouho mají být embrya zamrazena. (Heřmanová a kol., 2012, s. 101-102)

Dle zákona 48/1997 Sb., zákona o veřejném zdravotním pojištění, paragrafu 15, odstavce 3, jsou na území České republiky hrazeny ženám na základě doporučení specialisty z oboru gynekologie a porodnictví formy mimotělního oplodnění v případě, že žena trpí oboustrannou neprůchodností vejcovodů a je ve věku od 18 do 39 let a ostatním ženám ve věku od 22 do 39 let věku, maximálně však třikrát během života. (Zákon č. 48/1997 Sb., s. 1191)

## **2.2 Metody a techniky asistované reprodukce**

Metody asistované reprodukce zahrnují takové procesy, při kterých se lékaři snaží léčit neplodnost pomocí manipulace s lidskými pohlavními buňkami, tedy spermii a vajíčky. (Mrázek, 2003, s. 17)

Na světě se každý rok narodí přes 3,7 milionů dětí, které přišly na svět pomocí metod asistované reprodukce. Prvním dítětem počatým asistovanou reprodukcí byla v roce 1978 Louise Brownová ve Velké Británii. (In Virto Fertilizace IVF, ©2017)

### **2.2.1 Indukce ovulace**

Indukce ovulace znamená podporu dozrávání pohlavních buněk ve vaječnicích pomocí hormonálních přípravků. Obecně nejčastěji používaným přípravkem je Clostilbegyt. Během procesu stimulace jsou vaječníky kontrolovány pomocí ultrazvukového vyšetření a je sledován počet a velikost folikulů, ve kterých se vyvíjejí pohlavní buňky ve vaječnicích. Ultrazvukovým vyšetřením je také sledována děložní sliznice, hlavně její výška. Metoda indukce ovulace je určena především ženám, které mají nepravidelný menstruační cyklus, tedy nedochází k pravidelnému uvolňování zralého vajíčka z folikulu. Metoda indukce ovulace nemá žádná závažná rizika. (Indukce ovulace, ©2017)

Největším rizikem této metody je vznik vícečetného těhotenství. (Jones, 2000, s. 145)

### **2.2.2 Minimální stimulace při léčbě IVF**

Tato metoda asistované reprodukce je určena těm ženám, které nechtějí podstoupit běžnou stimulaci IVF. K této stimulaci vaječníků se používá přípravek Clostilbegyt společně s nízkými dávkami přípravků používaných při klasické stimulaci IVF. Z tohoto důvodu je úspěšnost otěhotnění nižší než při klasické stimulaci, na druhou stranu je minimální stimulace IVF méně finančně náročná. Metoda minimální stimulace IVF je nejčastěji prováděna u žen se syndromem polycystických ovarií, pokud je potřeba minimalizovat náklady na léčbu, pokud má žena obavy z vyšších dávek hormonální stimulace nebo pokud byla žena léčena klasickou metodou IVF, ale ta selhala. (Minimální stimulace IVF, ©2017)

### **2.2.3 Intrauterinní inseminace (IUI)**

Intrauterinní inseminace je nejjednodušší metodou asistované reprodukce. Mužovy spermie jsou zkoncentrovány a pročištěny, poté jsou pomocí speciálního katétru zavedeny do dělohy ženy v období ovulace. Tato metoda je rychlá a bezbolestná, provádí se ambulantně bez nutnosti anestezie. Úspěšnost metody je okolo 10 – 15 % v závislosti na věku ženy a používá se v případech, kdy nebyla zcela přesně stanovena příčina neplodnosti páru. Neplodný pár může podstoupit několik cyklů, v případě neúspěšnosti lékař zvolí jinou metodu. (Intrauterinní inseminace, ©2017)



#### 2.2.4 Intrafolikulární inseminace (IFI)

Metoda intrafolikulární inseminace je metoda podobná intrauterinní inseminaci. Žena podstupuje hormonální léčbu k podpoře dozrávání vajíček a intrafolikulární inseminace je načasována na období ovulace. Při této metodě je měřena velikost folikulů a obvykle je u ženy stimulováno 2 až 5 vajíček k dozrání. V den ženiny ovulace partner poskytne sperma asi hodinu před naplánovaným výkonem. Sperma je laboratorně upraveno a zkoncentrováno a poté jsou spermie vpravovány pomocí speciální jehly přímo do maximálně 4 folikulů ve vaječnicích ženy. Tato metoda asistované reprodukce je prováděna v celkové anestezii, pacientka musí být informována o průběhu zákroku a podepsat informovaný souhlas. Po výkonu pacientka odpočívá alespoň další dvě hodiny na lůžku. Pokud žena vynechá další menstruační cyklus, provádí se těhotenský test a pokud je pozitivní, o týden později se provádí ultrazvuk k potvrzení těhotenství. Metoda intrafolikulární inseminace může být opakována několikrát po sobě. (Intrafolikulární inseminace, ©2017)

#### 2.2.5 In vitro fertilizace (IVF)

*Po hormonální přípravě směřující k dozrání většího počtu vajíček, jsou tato těsně před ovulací přenesena odsátím přímo z vaječníků do speciálního kultivačního média spolu s vybranými spermii partnera. Po oplození dochází ke kultivaci oplodněných vajíček (embryí) ve speciálních médiích, kdy již fertilizační proces probíhá zcela přirozeně a bez zásahu zvenčí. Embrya jsou pak transferována zpět do dělohy ženy. (In Vitro Fertilizace IVF, ©2017)*

U metody In Vitro Fertilizace (IVF) je velmi důležitá příprava. Nejprve probíhá u ženy hormonální stimulace růstu vajíček, protože čím víc vajíček dozraje, tím je vyšší šance na vznik více kvalitních embryí. Žena je pod permanentním lékařským dohledem. Dalším krokem je odběr vajíček. Tento zákrok probíhá v celkové anestezii asi 5 až 10 minut a je kontrolován skrz transvaginální ultrazvuk. Odběr vajíček je prováděn speciální jehlou přes poševní stěnu, odkud se jehla dostane až k vaječníku ženy, kde odsaje vajíčka. Žena je po zákroku propuštěna asi po 2 hodinách. Dalším krokem je odběr partnerových spermií. V den odběru vajíček muž poskytne vzorek spermatu, před odběrem spermatu se doporučuje 2 až 5 dní sexuální abstinence. Vzorek spermatu je poté laboratorně upraven a vložen do speciálního roztoku společně s vajíčky, kde dochází k oplodnění již spontánní cestou. Vajíčka a spermie jsou ve společném roztoku po dobu 16 až 20 hodin,

poté embryolog zkontroluje úspěšnost oplodnění. Pokud je oplodnění úspěšné, jsou v roztoku přítomna dvě prvojádra a dvě pólová tělíska. Následně jsou embrya uchovávána ve speciálních médiích po dobu 2 až 6 dnů, pokud nejsou všechna embrya transportována do dělohy ženy, mohou být zamražena a použita až po určitém čase. Při nadstandardní kultivaci jsou roztoky každý den měněny tak, aby se dosáhlo co nejpřirozenějšího prostředí pro vývoj embryí. Posledním krokem je embryotransfer, kdy jsou embrya transportována do dělohy ženy speciální jehlou. Embrya se do dělohy zavádí s malým množstvím tekutiny z média. Embryotransfer je rychlý, bezbolestný a není nutná anestezie. Nejčastěji se transportují 1 až 2 embrya, počet je ale závislý na věku pacientky, na počtu dřívějších neúspěšných pokusů a také na přání pacientky. Pacientka je propuštěna asi po jedné hodině od zákroku a po 14 dnech se dostaví na pracoviště ke kontrolnímu těhotenskému testu. (In Vitro Fertilizace IVF, ©2017)

### **2.2.6 Intracytoplasmatická injekce spermií (ICSI)**

Metoda intracytoplasmatické injekce spermií je velmi složitou technikou, kdy je spermie nasáta do speciální ostré skleněné jehly, která je schopna propíchnout obal vajíčka, a pomocí této jehly je spermie vpravena přímo do vajíčka. Metoda intracytoplasmatické injekce spermií je doporučována v případě, že spermie nejsou schopny samy oplodnit vajíčko, při imunologických problémech, při neúspěchu klasické metody IVF, při vyšším věku partnerů nebo při nižším počtu získaných vajíček. Úspěšnost této metody je velmi vysoká. (In Vitro Fertilizace IVF, ©2017)

Metoda PICSÍ je zdokonalenou metodou intracytoplasmatické injekce spermií. Tato metoda umožňuje vybrat pouze zralé spermie a ty vpravit do vajíčka, čímž se zvyšuje šance na úspěšné oplodnění. Obecně je známo, že oplodnit vajíčko dokážou pouze zralé spermie, nezralé spermie nemají hyaluronový receptor a nejsou se tedy schopné navázat na oocytární komplex. (In Vitro Fertilizace IVF, ©2017)

### **2.2.7 Kultivace do stádia blastocysty**

Za použití speciálních roztoků lze prodloužit dobu kultivace embryí ve speciálním roztoku na 5 až 6 dní, tedy do té doby, než se embryo dostane do stádia blastocysty. Výhodou tohoto procesu je možnost výběru nejkvalitnějších embryí a tím zvýšení šance na otěhotnění ženy. Tato metoda je vhodná při dostatečném počtu embryí, většinou 6 a více. (Kultivace do stádia blastocysty, ©2017)

### 2.2.8 Asistovaný hatching

Při této metodě dochází k narušení obalu embrya, který pak embryo snáze opustí a je tak usnadněno jeho uhnízdění. Asistovaný hatching je doporučován u žen starších 37 let, také v případě kdy několikrát selhala metoda klasické IVF nebo pokud mají vajíčka příliš tuhý obal. (Mrázek, 2003, s. 19)

### 2.2.9 Kryokonzervace embryí

Kryokonzervace neboli zamražení embryí je metoda asistované reprodukce, jejíž pomocí lze uchovávat embrya, která nebyla použita při metodě IVF. Tato embrya jsou uchována v tekutém dusíku po libovolnou dobu a je možné je použít při dalším cyklu oplodnění. Touto metodou lze předejít vícenásobnému těhotenství pacientky. Ne však všechna embrya jsou schopna proces zamražení a opětovného rozmražení přežít v takovém stavu, aby byla vhodná pro další transport do dělohy. Úspěšnost otěhotnění pacientky díky rozmraženým embryím je o něco nižší, než při přenosu čerstvých embryí, současně však není známo, že by byla rozmražená embrya náchylnější k výskytu vývojových nebo vrozených vad než embrya čerstvá. (In Vitro Fertilizace IVF, ©2017)

### 2.2.10 Preimplantační genetický screening (PGS)

Preimplantační genetický screening je diagnostická metoda, která umožňuje *testovat některé genetické vlastnosti embryí před jejich zavedením do dělohy*. Embryu je odebrána 1 až 2 buňky a ty jsou následně podrobeny genetickému testování. Zásah do embrya je bez následků a embryo je poté schopno se dál normálně vyvíjet. Preimplantační genetický screening se zaměřuje hlavně na změny v chromozomální struktuře a odchylky s tím spojené a na pravděpodobnost vzniku genetického onemocnění, které se již vyskytuje v rodinné anamnéze. Ani tato metoda však nedokáže 100 % zajistit výběr embrya, které nemá žádnou vadu. (PGD, PDS, ©2017)

### 2.2.11 Mikrochirurgické odsátí spermií z nadvarlete (MESA)

Technika MESA se používá v případě, kdy je narušen transport spermií mezi nadvarletem a močovou trubicí. V případě, že je technika MESA neúspěšná, přistupuje se k technice TESE. Technika TESE znamená, že jsou spermie partnera získány z kanálků zárodečného epitelu, protože nejsou schopny se uvolnit nebo se transportovat z varlete do nadvarlete. Pokud je odběr spermií úspěšný, jsou spermie použity k oplodnění partnerky metodou ISCI. (MESA a TESE, ©2017)

### 2.2.12 Darování vajíček a spermií

Pokud nemá pár vhodné své vlastní pohlavní buňky, tedy spermie a vajíčka, je možné získat pohlavní buňky nebo embrya od anonymních dárců. Tito dárci musí podstoupit genetické a sérologické testy, aby byly vyloučeny genetické nemoci nebo infekce jako HIV, žloutenka nebo syfilis. Poskytovatel metod asistované reprodukce je vázán ze zákona mlčenlivostí, musí zachovat anonymitu jak dárců, tak příjemců navzájem. (Darované pohlavní buňky nebo embrya, ©2017)

### 2.2.13 Náhradní (surogátní) mateřství

Proces náhradního mateřství je velmi složitý. K tomuto procesu se přistupuje v případě, kdy existuje určitá lékařská indikace. Nejčastější indikací je, že byla ženě odoperována děloha nebo nedošlo k jejímu vývinu a o nutnosti využití náhradní matky rozhoduje pouze specializovaný lékař. Proces náhradního mateřství probíhá tak, že je embryo biologických rodičů vloženo do dělohy náhradní matky, která ho odnese a následně porodí. Po porodu se náhradní matka vzdá svých rodičovských práv k dítěti a to postoupí biologickým rodičům k trvalé adopci. (Náhradní /surogátní/ mateřství, ©2017)

I přes to, že náhradní matka nemá žádnou genetickou spojitost s dítětem, vzhledem k tomu, že pohlavní buňky jsou od neplodného páru, dle české legislativy je biologickou matkou narozeného dítěte ta žena, která jej porodila. (Haškovcová, 2015, s. 122)

Náhradní mateřství není v legislativě České republiky nijak blíže specifikováno, soudy jej ale v rámci řízení o osvojení dítěte tolerují. Období těhotenství však může být pro biologické rodiče velmi stresující, protože náhradní matka nemusí po porodu dát souhlas k přímému osvojení dítěte, který je jedinou možností, jak přiznat rodičovství biologické matce nebo nemusí být návrhu o osvojení vyhověno soudem. (Náhradní /surogátní/ mateřství, ©2017)

Je známo mnoho případů, kdy matky „nosičky“ nakonec odmítly vydat porozené dítě biologickým rodičům, protože si k dítěti během těhotenství vytvořily určitý vztah nebo jej vydaly, ale trpěly výčitkami svědomí po celý zbytek života. Problém nastává ve chvíli, kdy se i přes veškerá lékařská vyšetření narodí postižené dítě, a do své péče jej nechce jak náhradní matka, tak biologičtí rodiče. (Haškovcová, 2015, s. 122)

Jakákoliv předem uzavřená dohoda o osvojení dítěte mezi biologickými rodiči a náhradní matkou není žádným způsobem vymahatelná. Náhradní matce také nesmí být poskytnuta

finanční úplata za donošení dítěte, náhradní matka může obdržet pouze finanční kompenzaci nákladů spojených s těhotenstvím – náklady na nákup stravy, oblečení, vyšetření nebo dopravy. (Náhradní /surogátní/ mateřství, ©2017)

### 3 PSYCHOSOCIÁLNÍ A SPIRITUÁLNÍ ASPEKTY ASISTOVANÉ REPRODUKCE

Rozhodnutí podstoupit metody asistované reprodukce často přináší neplodnému páru jistou úlevu a novou naději, že budou mít chtěné dítě. Léčba je však během na dlouhou trať a mohou se dostavit i chvíle, kdy se pár bude cítit na konci svých sil. Řada párů prochází obdobími naděje nebo zoufalství, které jsou spojené s každým cyklem a také pocity zklamání pokud pokus nevyjde. Určení diagnózy a léčebného procesu vyžaduje od partnerů jistou odvahu, čas, energii a finance. Během tohoto procesu často léčený pár prožívá pocity *podrážděnosti, zlosti, deprese, frustrace, viny a smutku*. Všechny tyto pocity vycházejí z obavy, že se nikdy nedočkají tolik chtěného potomka. (Doherty a Clark, 2002, s. 36)

#### 3.1 Psychosociální aspekty asistované reprodukce

Každý pokus o otěhotnění pomocí metod asistované reprodukce trvá určitou dobu, většinou okolo jednoho měsíce na jeden cyklus. Během tohoto měsíce je pár nucen velice často navštěvovat ordinaci svého lékaře, protože není možné dopředu přesně říci, kdy budou vajíčka oplodněna, zda vůbec, jak se budou vyvíjet a na kdy tedy bude naplánován jejich transport do ženiny dělohy. Je proto potřeba být v neustálém kontaktu s lékařem, léčený pár musí každému cyklu naprosto přizpůsobit svůj časový harmonogram. Často se tedy stává, že jsou oba partneři vyčerpaní jak časově, což někdy může vést až v k výpovědi v práci, protože časový tlak spojený s procesem oplodnění jim brání ve stoprocentním výkonu v jejich zaměstnání, psychicky, tak i finančně, protože léčba metodami asistované reprodukce je finančně náročná. V mnohých případech je žena také vyčerpana fyzicky, protože náročnost některých výkonů je vysoká. Následky na fyzickém stavu ženy také zanechávají hormonální přípravky, které žena během léčby užívá. Psychicky velmi náročné období pro oba partnery přichází po transportu embrya do ženiny dělohy. Oba partneři jsou jen kousíček od dosažení kýžené mety, a ač pro dosažení těhotenství udělali maximum, poslední dílčí část ovlivnit nemohou. Některé ženy se snaží podpořit tento poslední krok za každou cenu svým úsilím, například tím, že jen leží, aby neudělaly nějaký neuvážený pohyb, kterým by mohly jejich snažení ukončit. Léčba metodami asistované reprodukce dává neplodným párům velkou naději na úspěch, o to horší potom může být zklamání, když se pokus o otěhotnění nezdaří. (Konečná, 2009, s. 66-67)

Pro léčené partnery je důležité, aby si během celého procesu léčby neplodnosti zachovali klid a neztráceli sebevědomí. Je důležité, aby po celou dobu léčby neplodnosti měli dostatek informací, znali přínosy i možné ztráty léčby, sami si rozhodovali, zda naordinované procedury chtějí nebo nechtějí podstoupit. Pokrok moderní medicíny je velmi výrazný, někdy však není možné aplikovat zjištěné postupy ve všech konkrétních případech, protože každý pár je individuální. Během léčby může pár dojít do bodu, kdy pak už ztratí veškerou sílu na další snažení. V takovém případě je dobré dát si ve snažení o početí pauzu, dobře si společně s partnerem promyslet, jakým způsobem bude léčba dále probíhat, nebo zda bude vůbec probíhat. (Freundl, Gnoth a Frank-Herrman, 2008, s. 146)

Často se stává, že některé ženy příliš toužící po dítěti po neúspěšných pokusech asistované reprodukce trpí pocity viny, plačtivostí a mají výčitky svědomí. Tyto ženy poté svůj každodenní program podřizují shánění léků, po kterých jejich kamarádky zaručeně otěhotněly, nebo dokonce kontaktují nejrůznější léčitele. Některé ženy berou svou situaci tak vážně, že dochází k několika gynekologům současně, aby nedošlo k žádnému možnému zanedbání péče. V takovýchto případech je vhodná návštěva ženy u psychologa a podpora ze strany partnera. Neplodný pár poté může využít některou z možných psychoterapií, které moderní medicína předkládá. (Desjardins-Simon a Debras, 2015, s. 118)

Nedílnou součástí partnerského vztahu a také početí dítěte je sexuální styk. Často však snaha o otěhotnění, nejrůznější vyšetření a léčba mohou potlačovat přirozenou spontánnost sexuálního aktu, z milování se stává úkol, který je potřeba plnit v přesně danou dobu. Je potřeba dodržovat čas, kdy má žena plodné dny, přesnou dobu, kdy se musí brát léky tak, aby se co nejvíce zvýšila šance na ženino otěhotnění. Paradoxně, dříve se většina párů snažila těhotenství zabránit a užívala k tomu mnoho antikoncepčních prostředků, když pak ale přijde doba, kdy by partneři chtěli dítě počít, musí dodržovat určitý harmonogram a praktikovat nejrůznější techniky, aby otěhotnění co nejvíce podpořili. (Konečná, 2009, s. 117-118)

Důležitou roli hraje také to, jak se k neúspěšné snaze o početí svých potomků staví jejich rodiče. Každý rodič k této situaci přistupuje jinak, reakce rodičů jsou ovlivněny hlavně tím, jak moc touží po vnoučeti, jak na ně tlačí okolní prostředí a také tím, jaký mají vztah se svými dospělými dětmi. Pokud mají rodiče se svými dětmi rovnocenný vztah, nechávají odpovědnost na svých dětech. Není tomu tak ale vždy, rodiče se vměšují do problémů svých potomků a ti potom toto vměšování chápou jako nátlak. Výsledkem tohoto nátlaku

ze strany okolí může být zvýšení snah o dítě, ale může to mít také opačný výsledek. Nejbližší rodina by měla neplodný pár hlavně co nejvíce podporovat. Pár poté může na nátlak rodiny reagovat několika způsoby, a to vstupem do sporu s rodinou, ukončením komunikace s rodinou anebo tak, že svému okolí nebude sdělovat své problémy a nechá rodinu v nevědomosti. Důležité je také odhadnout reakci rodiny na sdělení. (Konečná, 2009, s. 156-158)

V případě úspěšného pokusu však vyvstává otázka, jak nebo jestli vůbec sdělit budoucímu dítěti a nejbližší rodině, jakým způsobem bylo počato. V případě léčby neplodnosti použitím darovaných pohlavních buněk, může být do budoucna problém v tom, že dítě bude minimálně pro jednoho partnera „cizí“, protože nebude jeho biologickým rodičem. Někteří partneři mohou mít obavy z původu pohlavních buněk nebo jim může vadit, že dárce neznají. Velká obava také vyvstává ze sociálních následků použití darovaných pohlavních buněk v jejich nejbližším okolí. Na paměti bychom také měli mít právo dítěte znát jeho biologické rodiče, to je ale v tomto případě problematické, vzhledem k anonymitě mezi dárci pohlavních buněk a jejich příjemci, která je podmíněna zákonem. Komplikovaná situace nastává v případě, že dojde k uchycení více embryí a lékař doporučí jejich redukcii. Partneři, hlavně ženy, potom trpí výčitkami svědomí, že ukončily život, o který se tak usilovně snažily. Podobně náročná situace také nastává v případě, kdy se partneři musí rozhodnout, co se bude dále dít s nadbytečnými embryi. Podle výzkumů prováděných v zahraničí je pro partnery darování embryí pro ostatní neplodné páry nejméně přijatelné řešení, častěji volí možnost jejich zničení. (Konečná, 2009, s. 67-71)

Velký vliv na chápání asistované reprodukce veřejností mají média. Média poskytují informace o nových postupech v asistované reprodukci a také se díky nim dostávají do povědomí veřejnosti centra asistované reprodukce. Informace z médií o speciálních pracovištích asistované reprodukce ale někdy nemusí být kompletní, proto je lepší si o centrech vyhledat informace přímo na internetových stránkách center a také si zjistit zkušenosti ostatních párů, které některé metody asistované reprodukce podstoupily. (Konečná, 2009, s. 185)

### **3.2 Spirituální aspekty asistované reprodukce**

Spiritualita je chápána jako víra v božský princip, nemusí ale znamenat víru spojenou s konkrétním náboženstvím, může být chápána spíše jako víra v osobního boha.



Často je spojována s uměním, skrze které se o ní lidé dozvídají. Spiritualita je rozdělena na tři základní druhy, a to spiritualita platónská nebo novoplatónská, spiritualita psychologická a spiritualita křesťanská. Spiritualita platónská (novoplatónská) poukazuje na opačné významy ducha a lidského těla. Spiritualita psychologická chápe ducha jako část hmoty, poukazuje na spojitost duchovního a duševního. Původ psychologické spirituality je v Řecku a má velký vliv na chápání spirituality v dnešní době. Křesťanská spiritualita znamená navázání kontaktu s duchovnem, znamená splynutí s třetí božskou osobou – Duchem svatým, který potom člověka ovlivňuje. (Stehlíková Babyrádová a Havlíček, 2006, s. 23)

V dnešní době existuje mnoho náboženských směrů se svými specifickými pravidly a zákony, každý z nich se tudíž dívá na metody asistované reprodukce odlišně. Bakalářská práce se blíže bude zabývat asistovanou reprodukcí z pohledu judaismu, křesťanství a některých jeho církví, islámu, konfuciánství a taoismu, buddhismu a hinduismu.

### 3.2.1 Judaismus

Židovské náboženství považuje nemoc za určitou odchylku a zároveň vůli Boha. Tím, že se člověk snaží tyto nemoci léčit, zasahuje do Boží vůle. Judaismus je vůči novým poznatkům a výzkumům ve vědě otevřený, tato otevřenost má však určité hranice. (Konečná, 2009, s. 174)

Metoda asistované reprodukce IVF je většinou židovské společnosti přijata, existují však jisté debaty o tom, jak by měla probíhat. Při využívání této metody je nutný dohled rabína v takovém rozsahu, aby nebyl porušen židovský zákon. Židovský zákon povoluje darování ženských a mužských pohlavních buněk, důležitou otázkou ale bylo, kdo bude biologickou matkou narozeného dítěte – jestli žena, která jej odnese v děloze a porodí, nebo žena, která darovala své pohlavní buňky pro umělé oplození. Na základě této otázky byl vydán zákon, který určil, že matkou dítěte počatého pomocí metody IVF bude žena, která jej odnese a porodí. Identita dárkyň pohlavních buněk není známa, je ale možné aby příjemci pohlavních buněk zjistili v národním registru vyznání dárkyně. Ortodoxní rabíni totiž zastávají názor, že dítě je židovského vyznání pouze v případě, že je židovského vyznání také dárkyně pohlavních buněk, nikoliv jen žena, která jej porodí. (Shank, 2012)

### 3.2.2 Křesťanství

Římskokatolická církev již odedávna striktně odmítá metody asistované reprodukce, protože porušují přirozenost početí. Římskokatolická církev akceptuje pouze ty metody asistované reprodukce, které pouze podporují oplození a k oplození poté dochází přirozenou cestou. To znamená, že pohlavní buňky ženy a muže se musí potkat v přirozeném prostředí ženského pohlavního systému. Metoda asistované reprodukce, která je touto církví uznávána je metoda intauterinní inseminace. Římskokatolická církev také striktně zakazuje masturbaci, darování pohlavních buněk a také náhradní mateřství. (Shank, 2012)

Protestantská církev se k metodám asistované reprodukce staví otevřeně, pokud jsou používány pohlavní buňky ženy a muže, kteří jsou v manželském svazku a pokud metody žádným způsobem nepoškodují embryo. Darování pohlavních buněk je však stejně jako u římskokatolické církve zakázáno. (IVF-Christianity, ©2008)

Anglikánská církev je vcelku liberální vůči metodám asistované reprodukce, dovoluje poskytnutí semene pomocí masturbace od muže z léčeného manželského páru, zakazuje však darování pohlavních buněk od anonymních dárců, zakazuje také surogátní mateřství. (IVF-Christianity, ©2008)

Pravoslavná církev je zastáncem toho, že párům, které mají problém s početím je potřeba pomáhat, zároveň je ale odpůrcem všech metod asistované reprodukce, zakázáno je také darování pohlavních buněk a náhradní mateřství. (IVF-Christianity, ©2008)

Českobratrská církev evangelická považuje neplodnost páru za závažnou chorobu, nechává však volbu možnosti léčby na páru samotném. Tato církev nepřijala k metodám asistované reprodukce žádný pevně stanovený postoj, stejně jako k některým dalším onemocněním. Církev československá husitská chápe pokrok v medicínských oborech jako dar od Boha, vývoj v medicíně je považován za nástroj k nápravě něčeho. Tato církev tedy akceptuje narušení přirozeného procesu početí, nesmí ho však být zneužíváno. (Konečná, 2009, s. 175-176)

### 3.2.3 Islám

S rychlým vývojem metod asistované reprodukce bylo potřeba vytvořit stanovisko islámu vůči těmto metodám tak, aby bylo ve shodě s Koránem. Metody asistované reprodukce jsou tedy podle islámu přípustné v případě, že jsou darované pohlavní buňky od ženy

a muže, kteří jsou spolu v manželském svazku. Metody asistované reprodukce tedy není možné aplikovat v případě smrti jednoho z partnerů nebo v případě rozvodu. (Shank, 2012) Sunnitští muslimové, kteří tvoří okolo 85 % muslimské populace, jsou ale zastánci názoru, že by do plození dětí v manželství neměla vstupovat žádná třetí osoba nebo nějaká metoda. Darování pohlavních buněk je tedy zakázáno, i když jsou dárci oba manželé, protože metoda umělého oplodnění je považována za cizoložství. Sunnitští muslimové zakazují darování pohlavních buněk od ženy i od muže, zakazují také surogátní mateřství. (Shank, 2012)

Ajatolláh Alí Husejn Chomejní však v roce 1999 vydal šíitské směrnice dané fatwou, které umožňují vstoupení třetí osoby do reprodukčního cyklu manželů, tedy možnost přijetí darovaných pohlavních buněk i surogátní mateřství, což je v dnešní době víceméně akceptováno. Na druhé straně islám striktně odmítá jako léčbu neplodnosti adopci, protože není zachována genetická linie rodiny. V Koránu je striktně vymezen zákaz adopce, současně však podporuje péči o osiřelé děti. (Konečná, 2009, s. 176)

#### **3.2.4 Konfucianství a taoismus**

Hlavní myšlenkou konfucianství je učení lidí k dodržování morálních zásad. Postoj čínských náboženství k neplodnosti a metodám asistované reprodukce je ovlivněn třemi hlavními hodnotami: *reprodukce, záchrana života a podpora zdraví, potěšení*. Základní myšlenkou je, že by nemělo být do přirozeného reprodukčního cyklu zasahováno nikým zvenčí, protože je tím narušena přirozenost „tao“, nicméně toto řešení je akceptovatelnější než nemít potomky vůbec. Metoda inseminace spermiemi je pro dárce akceptovatelná, nicméně je muži často odmítána, protože jsou muži přesvědčeni o přítomnosti jin nebo jang v jejich spermatu a tyto složky jsou nezbytné pro jejich zdraví a život. (Konečná, 2009, s. 176-177)

#### **3.2.5 Buddhismus**

Filozofie buddhismu má dlouhou tradici ve víře v reinkarnaci a konečné očištění lidské duše a následné vstoupení do vyššího stavu zvaného Nirvána. Buddhismus zastává názor, že pro proces reinkarnace jsou potřeba 3 složky, a to vajíčko, spermie a kosmická energie zvaná Karma. Buddhismus akceptuje všechny metody asistované reprodukce, je také povoleno darování spermatu. Dítě narozené z darovaných pohlavních buněk

má po dosažení dospělosti nárok na zjištění, kdo jsou jeho biologičtí rodiče. (IVF concept in different religions, ©2009)

### **3.2.6 Hinduismus**

Přívrženci hinduismu chápou metody asistované reprodukce jako velmi přínosný vědecký pokrok. Metody asistované reprodukce jsou tedy povoleny v případě, že se jedná o pohlavní buňky manželského páru. Existuje ale výjimka, kdy je možné darování spermatu. Sperma může být však darováno pouze od blízkého příbuzného neplodného manžela. V Indii však neexistuje žádná legislativní úprava jak asistované reprodukce, tak dárcovství pohlavních buněk. (IVF-Hindu, ©2008)

## II. PRAKTICKÁ ČÁST

## 4 METODIKA VÝZKUMNÉHO ŠETŘENÍ

Rozdíl mezi kvantitativním a kvalitativním výzkumem je zásadní. Cílem kvantitativního výzkumu je prosté testování hypotéz, získává se omezené množství dat o velkém počtu jedinců a tento výzkum vyžaduje silnou standardizaci, která zajistí vysokou reliabilitu. Na druhé straně redukce informací o respondentech má za následek nízkou validitu šetření. Oproti tomu kvalitativní výzkum je zaměřen na vytváření nových teorií a porozumění respondentům. V kvalitativním výzkumu je slabá standardizace, proto má tento typ výzkumu nízkou reliabilitu. Na druhé straně není respondent výrazně omezen ve svých odpovědích, tudíž má tento výzkum vysokou validitu. (Disman, 2011, s. 286-287)

Výzkum, jehož výsledky jsou prezentovány v praktické části bakalářské práce, byl realizován pomocí kvalitativního výzkumu, technikou polostrukturovaného rozhovoru.

Polostrukturovaný rozhovor je jednou z nejrozšířenějších forem interview. Je náročnější na přípravu, výzkumník si musí dopředu prostudovat danou problematiku a na tomto základě si sestavit schéma rozhovoru, který bude s respondentem vést, tzv. jádro interview. Tím získává výzkumník jistotu, že budou zodpovězeny všechny otázky, které potřebuje, zároveň se může respondenta doptávat doplňujícími otázkami na informace, které ještě potřebuje. (Miovský, 2006, s. 159-160)

Polosturkturovaný rozhovor byl předem sestaven z 5 informativních otázek, které zjišťují věk, nejvyšší dosažené vzdělání, rodinný stav, počet dětí z asistované reprodukce a vyznání dotazovaných respondentek. Další část polostrukturovaného rozhovoru je složena z 22 předem připravených otázek, kde jsou všechny otázky otevřené. Respondentky odpověděly na všechny připravené otázky i další doplňující otázky.

Respondentky byly pro výzkum vyhledávány metodou sněhové koule. Tedy respondentky, se kterými byl výzkum zahájen, byly poté požádány o kontakt na jiné ženy, které by pro tento výzkum byly dle daných kritérií výběru vhodné. Stejný postup probíhal u nově získaných respondentek.

Pro výzkum realizovaný v bakalářské práci byly vyhledávány jako respondentky ženy různého věku, které již podstoupily asistovanou reprodukci a mají z ní děti.

**Hlavním výzkumným problémem** bakalářské práce je asistovaná reprodukce a její psychosociální a spirituální aspekty.

**Hlavním cílem** bakalářské práce je zjistit pohled žen, které absolvovaly asistovanou reprodukci a mají z ní děti na tuto problematiku, jak popisují její dopady na svůj psychický a fyzický stav, na vztah s partnerem a jejich okolím a také pohled jejich vyznání na tuto problematiku.

**Hlavní výzkumnou otázkou** předložené bakalářské práce je:

**Jaký pohled mají ženy, které podstoupily některou z metod asistované reprodukce na tuto problematiku z hlediska psychosociálního a spirituálního?**

Odpověď na hlavní výzkumnou otázku byla zjišťována pomocí následujících 4 okruhů otázek:

- diagnóza neplodnosti a použitá metoda asistované reprodukce,
- stres z podstupování asistované reprodukce,
- psychosociální nátlak,
- názor náboženství na asistovanou reprodukci.

Rozhovory byly prováděny v období přelomu března a dubna 2017 v místě bydliště respondentek. Respondentky byly informovány o tom, že získané informace budou použity pouze pro účely bakalářské práce a respondentky zůstanou v anonymitě, budou změněna jejich jména. Vzhledem ke specifičnosti tématu bakalářské práce a citlivosti tématu souhlasilo s nahráním rozhovoru na mobilní telefon pouze 6 respondentek, u ostatních si výzkumník dělal poznámky do předem vytištěného formuláře ručně.

Pro získání relevantních dat bylo osloveno 10 respondentek:

Respondentka 1: **Ivona**

Věk: 33 let

Nejvyšší dosažené vzdělání: vysokoškolské – titul Ing.

Rodinný stav: vdaná

Počet dětí: 2 (obě z asistované reprodukce)

Vyznání: křesťanské

Respondentka 2: **Iveta**

Věk: 33 let

Nejvyšší dosažené vzdělání: vysokoškolské – titul Ing.

Rodinný stav: vdaná

Počet dětí: 2 (obě z asistované reprodukce)

Vyznání: bez vyznání

Respondentka 3: **Markéta**

Věk: 29 let

Nejvyšší dosažené vzdělání: středoškolské s maturitou

Rodinný stav: vdaná

Počet dětí: 1 (z asistované reprodukce)

Vyznání: křesťanské

Respondentka 4: **Martina**

Věk: 36 let

Nejvyšší dosažené vzdělání: středoškolské s maturitou

Rodinný stav: svobodná

Počet dětí: 1 (z asistované reprodukce)

Vyznání: nevěřící, věří v osud a karmu, „něco mezi nebem a zemí“

Respondentka 5: **Veronika**

Věk: 28 let

Nejvyšší dosažené vzdělání: vysokoškolské – titul Bc.



Rodinný stav: vdaná

Počet dětí: 2 (obě z asistované reprodukce)

Vyznání: nevěřící, manžel je muslim

Respondentka 6: **Andrea**

Věk: 32 let

Nejvyšší dosažené vzdělání: středoškolské s maturitou

Rodinný stav: rozvedená

Počet dětí: 1 (z asistované reprodukce)

Vyznání: nevěřící

Respondentka 7: **Eva**

Věk: 27 let

Nejvyšší dosažené vzdělání: vysokoškolské – titul Bc.

Rodinný stav: vdaná

Počet dětí: 2 (obě z asistované reprodukce)

Vyznání: křesťanské

Respondentka 8: **Tereza**

Věk: 31 let

Nejvyšší dosažené vzdělání: středoškolské s maturitou

Rodinný stav: vdaná

Počet dětí: 1 (z asistované reprodukce)

Vyznání: nevěřící, věří na „něco mezi nebem a zemí“

Respondentka 9: **Lucie**

Věk: 30 let

Nejvyšší dosažené vzdělání: vysokoškolské – titul Mgr.

Rodinný stav: vdaná

Počet dětí: 3 (všechny z asistované reprodukce)

Vyznání: křesťanské

Respondentka 10: **Jana**

Věk: 38 let

Nejvyšší dosažené vzdělání: středoškolské s maturitou

Rodinný stav: rozvedená

Počet dětí: 1 (z asistované reprodukce)

Vyznání: nevěřící, věří na karmu

## 4.1 Analýza získaných dat

Získaná data z výzkumného šetření byla analyzována **technikou „vyložení karet“**.

*Jde zkrátka o to, že výzkumník vezme kategorizovaný seznam kódů, kategorie vzniklé skrze otevřené kódování uspořádá do nějakého obrazce či linky a na základě tohoto uspořádání sestaví text tak, že je vlastně převyprávěním obsahu jednotlivých kategorií. Není přitom nutné, aby do výsledné analýzy vstoupily všechny kategorie, které jsme vytvořili. (Švaříček a Šed'ová, 2014, s. 226)*

### Okruh č. 1: Diagnóza neplodnosti a použitá metoda asistované reprodukce

#### Respondentka 1

V případě respondentky byl problém s neplodností u obou partnerů. Respondentka má sníženou funkčnost vaječníků a partner měl „pomalé spermie“. Společně s partnerem podstoupili metodu in vitro fertilization (IVF) z vlastních pohlavních buněk celkem

šestkrát, metody asistované reprodukce podstoupili v Centru asistované reprodukce ve Fakultní nemocnici Olomouc.

### **Respondentka 2**

U respondentky byl problém s plodností na její straně. Po těžkém oboustranném zánětu vaječníků se šance na otěhotnění rapidně snížila. Partneri podstoupili metodu in vitro fertilization (IVF) z vlastních pohlavních buněk celkem třikrát. Tuto metodu postoupili v Centru asistované reprodukce ve Fakultní nemocnici v Olomouci.

### **Respondentka 3**

Respondentka uvedla jako příčinu neplodnosti problém u obou partnerů. Respondentka trpí syndromem polycystických ovarií a partner má „pomalé spermie“. Respondentka podstoupila hormonální léčbu cca v 9 – 10 cyklech v Centru asistované reprodukce ve Fakultní nemocnici v Olomouci.

### **Respondentka 4**

V případě respondentky nebyla příčina neplodnosti zjištěna. S partnerem podstoupili čtyřikrát metodu intrauterinní inseminace v Centru asistované reprodukce ve Fakultní nemocnici v Olomouci.

### **Respondentka 5**

Respondentka uvedla jako příčinu neplodnosti problém na její straně, trpí oboustrannou neprůchodností vejcovodů. S partnerem podstoupili jednou metodu in vitro fertilization (IVF) z vlastních pohlavních buněk na pracovišti IVF Clinic v Olomouci.

### **Respondentka 6**

Respondentka uvedla jako příčinu neplodnosti problém na straně partnera, který měl „pomalé spermie“. Společně podstoupili dvakrát metodu intracytoplasmatické injekce spermie přímo do vajíčka v Centru asistované reprodukce ve Fakultní nemocnici v Olomouci.

### **Respondentka 7**

U respondentky byl problém s plodností na její straně, trpí syndromem polycystických ovarií. S partnerem podstoupili pouze hormonální podporu asi ve 13 – 14 cyklech v centru IVF Clinic v Olomouci.

**Respondentka 8**

V případě respondentky byla příčina neplodnosti na její straně. V mládí trpěla na cysty, které poškodily jak oba vaječníky, tak oba vejcovody. S partnerem podstoupili metodu in vitro fertilization (IVF) z darovaných vajíček, spermie byly partnera. Tuto metodu podstoupili jednou v Centru asistované reprodukce ve Fakultní nemocnici v Olomouci.

**Respondentka 9**

Respondentka uvedla jako příčinu neplodnosti problém na její straně, v mládí prodělala srůsty, které poškodily jeden vejcovod, druhý vejcovod má poškozen z důvodu prodělání těžkého zánětu. S partnerem podstoupili metodu in vitro fertilization (IVF) z vlastních pohlavních buněk celkem dvakrát, navštěvovali pracoviště IVF Clinic v Olomouci.

**Respondentka 10**

Jako důvod neplodnosti uvedla respondentka příčinu na její straně, má protilátky proti partnerovým spermím. Společně podstoupili celkem čtyřikrát metodu in vitro fertilization (IVF) z vlastních pohlavních buněk v Centru asistované reprodukce v Olomouci.

**Vyhodnocení okruhu č. 1**

Ze získaných dat vyplývá, že příčiny neplodnosti jsou různého původu, problém s plodností je však častěji na straně partnerky. Nejčastěji používanou metodou asistované reprodukce je metoda in vitro fertilization (IVF) z pohlavních buněk partnerů, pouze jednou z darovaných vajíček. Nejčastěji se dotazované respondentky s jejich neplodností léčily v Centru asistované reprodukce ve Fakultní nemocnici v Olomouci.

**Okruh č. 2: Stres z podstupování asistované reprodukce****Respondentka 1**

Respondentka uvedla, že při nezdařených pokusech o otěhotnění prožívala pocity zklamání, neschopnosti, méněcennosti, studu a pochybnostech o vlastní osobě, upadala do deprese. *Bylo to hrozně ubíjející a styděla jsem se, že všem okolo to jde přirozeně, a nám prostě ne. Občas jsem upadala do deprese, že jsem nějaká divná, že se mnou prostě není něco v pořádku, že už to mám moc v hlavě.* Vztah s partnerem prošel těžkou

zkouškou, často se společně hádali a navzájem obviňovali, krizi ale nakonec přestáli. S partnerem si dali ve snažení pauzu a po nějakém čase začali se snažením znovu.

### **Respondentka 2**

Respondentka uvedla, že při neúspěšných pokusech prožívala velice intenzivní pocity smutku, na druhé straně se snažila zachovat si pozitivní přístup a doufala, že to vyjde příště. S partnerem je společné utrpení spíše sblížilo a upevnilo jejich vztah. *Vždycky po zákroku se o mě (manžel) moc hezky staral, doma mě obskakoval a bral si v práci dovolenou, aby mohl být se mnou.*

### **Respondentka 3**

Respondentka uvedla, že při opakovaném neúspěchu prožívala pocity smutku, zoufalství, beznaděje, pocit vlastního selhání, ale také obavy, že se nikdy nedočká vytouženého dítěte. Vztah s partnerem se změnil hlavně po sexuální stránce, kdy musel sex probíhat ve vypočítaných termínech tak, aby byla šance na otěhotnění co nejvyšší. *Takže jsme si sex už ani neužívali jako dřív, partner musel změnit jídelníček a celkovou životosprávu, přestal na čas kouřit a omezil alkohol a nakonec to k něčemu vážně bylo.*

### **Respondentka 4**

Respondentka pociťovala pocity neschopnosti, beznaděje, pocit, že je vadná, nenormální, k ničemu, a často si pokládala otázky, proč zrovna ona nemůže mít dítě, když je lékařsky v pořádku, co komu udělala. Její vztah s partnerem prošel velkou krizí, protože partner již dítě nechtěl, a když konečně svolil, tak to nešlo. *Nejhorší bylo, že jsme nevěděli na co se zaměřit, co změnit, aby se nám to konečně povedlo.* Krizi partneři nakonec přestáli.

### **Respondentka 5**

Respondentka uvedla, že se jí a partnerovi podařilo otěhotnět na první pokus, pocity z neúspěchu se jí tedy vyhnuly. Zároveň ale dodala, že si dokáže představit ten tlak, protože i ona s partnerem intenzivně prožívali čekání na to, jestli to vyjde nebo ne. *...ale dovedu si představit, jaký to musí být pro partnery stres, protože i my jsme byli docela podráždění, jestli se to povede, nepovede, co budeme dělat, když to nevyjde a tak.*

### **Respondentka 6**

Respondentka uvedla, že při neúspěchu prožívala pocity zklamání, zároveň však věřila, že to vyjde příště. Partner na tom byl o poznání hůře, vzhledem k tomu, že příčina

neplodnosti byla na jeho straně. Prožíval pocity, že není „pořádný chlap“ a jeho psychika tím hodně utrpěla. Na základě těchto okolností prošel jejich vztah velkou krizí, kterou partner ještě prohloubil nevěrou. *Paradoxně když to na podruhé vyšlo, tak jsme se rozešli, protože mě partner v opilosti podvedl.* Bohužel jejich vztah stres nevydržel a dnes jsou partneři rozvedení.

### **Respondentka 7**

Respondentka uvedla, že při nezdařených pokusech prožívala pocity bezmoci, méněcennosti, zklamání, pokládala si otázku, proč jí není dopřáno být matkou. Její vztah s partnerem prošel velkou krizí, hodně se hádali, manžel chtěl, aby respondentka podstoupila i jinou metodu asistované reprodukce, její víra však jinou nepovoluje. *On chtěl, abychom podstoupili i jinou metodu asistované reprodukce, ale já jsem byla proti. Hrozně mu vadilo, když viděl, jak mi ty sajrajty dělají zle a nakonec z toho nic není.* Často propadala pocitu, že už znovu nechce metodu asistované reprodukce podstoupit, nakonec však touha po dítěti zvítězila.

### **Respondentka 8**

Respondentka podstoupila metodu IVF pouze jednou a ta byla hned úspěšná. Problém jí ale ze začátku dělalo vyrovnat se s faktem, že dítě nebude biologicky její. Nakonec ale vyhrála touha po dítěti. *Ale nakonec jsem strašně šťastná, že jsme do toho s manželem šli a máme krásnou zdravou dcerku.* S partnerem žádné změny v jejich vztahu nezaznamenala.

### **Respondentka 9**

Respondentka podstoupila metodu IVF pouze jednou a ta byla hned úspěšná. Myslí si ale, že kdyby byla metoda neúspěšná, velmi by to ovlivnilo jak její psychiku, tak její kontakt s okolím. *Ale věřím, že to pro tu ženu musí být hrozné. Už tak zklame tím, že nemůže mít děti jako valná většina lidí v jejím okolí, a ještě to nejde ani při umělém.* Podstoupení asistované reprodukce ji s partnerem spíše sblížilo, oba tento proces prožívali a vzájemně se podporovali.

### **Respondentka 10**

Respondentka uvedla, že při neúspěšných pokusech o otěhotnění pocítovala bezmoc, mnoho nocí probrečela a kladla si otázku, proč zrovna ona nemůže mít děti, co komu udělala. S partnerem je podstoupení asistované reprodukce sblížilo, při neúspěšném pokusu

se společně odřízli od světa, potřebovali čas na rozdýchání. *Mně třeba dělalo i problém vidět maminy s kočárama cárat po Olomouci, partner to nesl statečněji, ale taky ho to hodně trápilo.*

### **Vyhodnocení okruhu č. 2**

Ze získaných dat je zřejmé, že většina respondentek prožívala podobné pocity, a to pocity beznaděje, bezmoci, zklamání ze sebe samé a pochybnosti o své normalitě, pokud byl problém na straně partnera, objevily se pocity týkající se jeho mužnosti. Zajímavým zjištěním bylo, jak různě páry vnímaly podstupování asistované reprodukce a jak toto podstoupení dokázalo změnit jejich vztah, upevnit ho nebo ho úplně zničit.

### **Okruh č. 3: Psychosociální nátlak**

#### **Respondentka 1**

Respondentka uvedla, že tlak z okolí na to, mít dítě pocítovala často, velice časté byly otázky související s jejím věkem a tzv. biologickými hodinami hlavně ze strany respondentčiny matky. *Hlavně moje máma už tlačila na vnoučata, protože jsem nejstarší dítě.* I z tohoto důvodu nikoho z rodiny nebo okolí s partnerem neinformovali o tom, že podstupují asistovanou reprodukci. Podporu dostávali pouze ze strany párů se stejným problémem, se kterými se setkávali v centru asistované reprodukce. V zaměstnání si respondentka na zákroky po negativní reakci zaměstnavatele brala raději dovolenou. Dopady asistované reprodukce respondentka vidí hlavně ve vlivu hormonů, po kterých značně přibrala na váze.

#### **Respondentka 2**

Respondentka uvedla, že tlak z okolí byl vcelku častý, často poslouchala otázky týkající se jejího věku a tzv. biologických hodin a připomínky týkající se jejího zaměstnání. *Třícítka klepe na dveře a všichni v okolí se ptají – a kdy už bude svatba, a kdy budete mít dítě, a tikají ti biologické hodiny, a ty jsi kariéristka a aby ti to potom šlo.* I proto se s partnerem rozhodli ponechat si způsob početí svých dětí pro sebe, ví to jen hrstka nejbližších, která je v tom intenzivně podporovala a respondentčina nadřízená, která ji v podstoupení asistované reprodukce také podpořila. Dopad asistované reprodukce vidí respondentka hlavně v bolestivých zákrocích.

### Respondentka 3

Respondentka pociťovala nátlak na to, mít dítě hlavně ze strany své matky a tchýně. *Pokaždé, když jsme se sešli na nějaké rodinné oslavě, tak jsem poslouchala - a já už bych chtěla vnoučátko, a už ti tikají biologické hodiny, a ty jako nechceš dítě, já ve tvém věku měla už tři děti. To bylo hrozné.* O způsobu početí jejich dětí nikdo z nejbližších neví. Dopady asistované reprodukce vidí respondentka zejména v hormonech, které velice ovlivňovaly její náladu, byla velice unavená a dost podrážděná na okolí, hlavně při neúspěšném pokusu a také dost přibrala na váze.

### Respondentka 4

Respondentka uvedla, že často slýchávala připomínky k jejímu způsobu života, že už by v jejím věku měla mít děti a tak dle jejích slov tomuto nátlaku podlehla a dítě si pořídila. Vzhledem k negativním vztahům v rodině se s partnerem rozhodli, že rodinu ani nikoho z okolí o způsobu početí jejich dětí informovat nebudou. *Ale moje maminka by mě asi podpořila, ale můj otec by do mě jenom rýpal, nemáme moc dobré vztahy od malička a každý můj průšvih nebo selhání mi strašně rád předhazuje, hlavně když se připije na nějaké rodinné oslavě.* Dopad asistované reprodukce respondentka žádný neshledala.

### Respondentka 5

Vzhledem k respondentčině věku a diagnóze tlak na děti ze svého okolí nepocítila. *Ani ne, mám ještě starší sestru, která má děti, takže na mě nikdo netlačil, a hlavně u nás doma vědí, jakou mám diagnózu, takže.* Rodina respondentky je o způsobu početí jejich dětí informována, rodina partnera ne. Respondentka uvedla, že ji rodina a blízké okolí při podstupování asistované reprodukce podpořili, nikdy nepocítila jiné chování vůči svým dětem. Zaměstnavatele informovala jen z části, na zákroky si brala dovolenou. Negativní dopady asistované reprodukce shledává v bolestivých zákrocích.

### Respondentka 6

Respondentka uvedla, že tlak z okolí na dítě nepocítila, její rodiče ji měli také v pozdějším věku. Od své i partnerovy rodiny cítila silnou podporu, naopak partnerovi kamarádi se mu za jeho neschopnost mít dítě přirozenou cestou posmívali. S ohledem na tuto zkušenost a dopad na jejich vztah by své rozhodnutí změnila a nechala si tuto informaci pro sebe. *...ale teď, když se dívám zpět tak bych si to nechala pro sebe a možná bychom*



*byli ještě s partnerem spolu. Protože reakce jeho rádoby kamarádů ho úplně rozhodila a strašně ho to zranilo.*

### **Respondentka 7**

Respondentka uvedla, že mírný tlak ze strany rodiny a přátel pocítila. Po zjištění, že pár podstupuje asistovanou reprodukci, je však nejbližší okolí podporovalo, na druhou stranu bylo o to horší sdělit, když se to nepovedlo. *...protože když to potom nevyšlo tak to bylo ještě o to horší, že jsem to musela říkat i jim. Zklamala jsem totiž sebe, partnera a navíc ještě i to okolí. A to byl ještě větší tlak.* Dle slov respondentky reagovali negativně kolegové v práci. Dopady asistované reprodukce respondentka pocítila díky vlivu hormonů, byla nateklá, měla výkyvy nálad a hodně přibrala.

### **Respondentka 8**

Respondentka uvedla, že nátlak z okolí vzhledem k její diagnóze nepocítila, spíš se okolí v její přítomnosti vyhýbalo tématu dětí. *Hromada lidí přede mnou ani moc o dětech mluvit nechtěla, asi aby mě neuváděli do rozpaků, dokonce mi potom jedna kámoška řekla, že se bála přede mnou mluvit o tom, že je těhotná a pak jak se těší na miminko a tak.* Rodina respondentky i jejího partnera je v podstoupení asistované reprodukce podporovala, kdy byla největší oporou respondentčina sestra. Respondentka nikdy nepocítila jiné chování vůči jejímu dítěti z okolí. Dopady asistované reprodukce respondentka vidí v nevolnosti z hormonů.

### **Respondentka 9**

Respondentka tlak z okolí na to, mít dítě nepocítila vzhledem k jejímu studiu na vysoké škole a hned následnému těhotenství. *S manželem jsme oba studovali do 25 na vysoké a potom jsme si hned řekli, že to zkusíme a ono to vyšlo. Takže okolí ani nemělo možnost na nás tlačit. Navíc jsem byla první z mých kamarádek, která měla dítě.* O způsobu početí jejich dětí vědí pouze respondentčina matka a bratr jejího partnera, kteří je podporovali, jinak nikdo z okolí. Respondentka pocítila zvláštní chování k jejím dětem v tom smyslu, že na ně při hlídání její matka dávala větší pozor, jako by byly z porcelánu. Dopady asistované reprodukce respondentka shledává v nevolnosti z hormonů.

### **Respondentka 10**

Respondentka uvedla, že cítila velice silný tlak od okolí na to, kdy bude mít dítě. *Docela jsem se i distancovala od svých kamarádek matek, hodně z nich jsou totiž povoláním*

*matka. Dělal mi to strašně zle a ničilo docela psychiku, že ony mají děti a já prostě ne. Nedokázala jsem to pochopit. Rodina ani nejbližší okolí neví o způsobu početí jejího dítěte. Dopady asistované reprodukce sledává respondentka v bolestivosti zákroků a následné únavě.*

### **Vyhodnocení okruhu č. 3**

Ze získaných dat vyplývá, že valná většina respondentek pocítila tlak na to, kdy bude mít dítě. Tlak nejčastěji vyvíjely matky obou partnerů, poté v menší míře nejbližší okolí. Většina respondentek si také nechala pro sebe způsob početí svých dětí. Negativní vliv asistované reprodukce většina respondentek sledává v dopadu hormonální léčby, jako výkyvy nálad, podrážděnosti a přibrání na váze, dále v bolestivosti zákroků a následné únavě.

### **Okruh č. 4: Názor náboženství na asistovanou reprodukci**

#### **Respondentka 1**

Respondentka je křesťanského vyznání, informace o pohledu jejího náboženství na asistovanou reprodukci si hledala hlavně na internetu. Její náboženství nepovoluje metodu IVF, přesto se respondentka s jejím partnerem rozhodli asistovanou reprodukci podstoupit a dítě si pořídit za každou cenu. Zastává názor, že dítě je nejcennějším darem a to, že jim k němu dopomohli lékaři, by vadit nemělo. *Naplnil se tím můj život, naplnila jsem si mateřskou roli, a i když jsem netolerovala postoj mé víry k těmto metodám, nelituju toho a asi bych to pro další dítě udělala znova.*

#### **Respondentka 2**

Respondentka je nevěřící, při vyhledávání informací o asistované reprodukci na internetu si občas o názoru náboženství na asistovanou reprodukci přečetla, ví například, že křesťané odmítají metody asistované reprodukce a jsou proti potratům. Dle jejích slov neví, jak by se zachovala, kdyby si musela vybrat mezi svou vírou a dítětem, je ráda, že tuto otázku nemusí řešit. *...ale nakonec by asi vyhrála stejně touha po dítěti. Protože až jednou budu stará, chci, aby za mnou chodily moje děti a moje vnoučata a seděly se mnou u telky.*

### Respondentka 3

Respondentka je křesťanského vyznání, informace o asistované reprodukci z hlediska jejího náboženství si hledala hlavně na internetu ještě před zahájením léčby. Podstoupila takovou metodu asistované reprodukce, se kterou není její náboženství v rozporu. Dle jejích slov by při neúspěšné hormonální léčbě postoupila asi i jinou metodu, kterou křesťanství neuznává, protože dítě je pro ni úplně nejvyšší meta, které žena může ve svém životě dosáhnout. *...protože mít dítě je pro mě všechno, je to něco, po čem toužím už od malička a úplně se vidím na verandě před naším domem, jak budu sedět s manželem u zapadajícího slunce a kolem nás budou sedět naše děti a naše vnoučata.*

### Respondentka 4

Respondentka nevěří v žádné konkrétní náboženství, věří ale v osud a karmu, že „co kdo zaseje, to taky sklídí“. Uvedla, že má doma mnoho knih na tuto tematiku a věřila, že je potřeba odblokovat všechny čakry a vnitřně se uvolnit a pak těhotenství přijde samo, bohužel její pokročilý věk hovořil jinak. Dle jejího názoru by se žena neměla ohlížet na své náboženství, pokud nemůže otěhotnět přirozenou cestou. *Myslím si, že by každá žena v dnešní době lékařského pokroku využila možnosti mít dítě touto cestou, i kdyby to bylo proti jejímu vyznání. Dítě je smyslem života a je to něco, co po sobě na světě zanecháme jako odkaz na nás samotné.*

### Respondentka 5

Respondentka není věřící, její manžel je však muslim. Společně s partnerem hledali informace o pohledu islámu na asistovanou reprodukci na internetu. Islám velmi podporuje rodinu, asistovanou reprodukci tedy akceptuje, zakazuje ale adopci a náhradní matky. V případě, že by islám neakceptoval asistovanou reprodukci, by dle slov respondentky záleželo hlavně na názoru jejího manžela. *Asi by hodně záleželo na partnerovi, ale on věděl, do čeho jde a byl ochoten to podstoupit za každou cenu, takže bychom do toho šli, i kdyby to islám zakazoval.*

### Respondentka 6

Respondentka není věřící, má však lehce povědomí o tom, že některá náboženství asistovanou reprodukci tolerují a jiná ne. Dle jejího názoru by náboženství nemělo ženy omezovat v tom, aby měly děti s lékařskou dopomocí. Naopak by věřící měli být rádi, že se narodí další pokračovatelé rodové linie. Kdyby sama musela řešit otázku,

zda si vybrat náboženství nebo dítě, volila by jednoznačně dítě. *V tomhle bych se náboženstvím fakt omezit nenechala. Přece děti jsou to nejvíc, co na světě můžeme mít.*

### **Respondentka 7**

Respondentka je křesťanského vyznání, o pohledu jejího náboženství na asistovanou reprodukci se informovala na internetu ještě před zahájením léčby. I přes dlouhotrvající neúspěch hormonální podpory odmítala podstoupit jinou, křesťanstvím netolerovanou metodu i přes nátlak ze strany jejího manžela. *Křesťanství dovoluje pouze hormonální podporu, kterou jsme my podstoupili. Toto pravidlo respektuji a asi bych ho neporušila. Kdyby hormonální léčba neuspěla, zůstala by asi bezdětná a respektovala by své náboženství.*

### **Respondentka 8**

Respondentka je bez vyznání, věří však na „něco mezi nebem a zemí“ a na anděly, kteří nad námi bdí ve dne v noci. O problematiku pohledu náboženství na asistovanou reprodukci se nezajímala, pouze když pročetla nějaká fóra o neplodnosti na internetu, tak se dostala k nějakým tematickým článkům. Dle jejích slov nedokáže pochopit, když náboženství zakazuje dopomoc lékařů k tomu mít dítě, když většina náboženství velmi podporuje založení rodiny. Pokud by se sama musela rozhodnout, jestli zůstat věrná náboženství nebo si pořídit dítě, volila by jednoznačně dítě. *Jako každá žena to má jinak, některá si najde smysl života v něčem jiném, práce, koníčky, a tak, ale pro někoho je smyslem života právě ta rodina a u mě to tak je asi taky, jinak bych nepodstoupila, to co jsem podstoupila.*

### **Respondentka 9**

Respondentka je křesťanského vyznání, o problematice asistované reprodukce z hlediska křesťanství je vcelku dost informovaná, vzhledem k jejímu vystudovanému oboru ve škole. Ví, že křesťanství zakazuje metodu IVF, přesto ji však podstoupila a dle jejích slov by to udělala klidně znova. *Určitě bych si to do konce života vyčítala a s tím bych žít nechtěla. Uvidíme, co přijde v posmrtném životě, jestli teda nějaký opravdu existuje.*

### **Respondentka 10**

Respondentka je bez vyznání, věří ale v karmu. O problematiku pohledu některých náboženství na asistovanou reprodukci se nijak zvlášť nezajímala, občas si něco přečetla na diskuzních fórech při hledání informací o neplodnosti. Podle jejího názoru

by náboženství nemělo zakazovat možnost mít dítě z umělého oplodnění. Pokud by byla věřící, nebrala by ohled na názor náboženství, dítě by si pořídila za každou cenu. *Dítě je pro mě to nejcennější, co člověk v životě může mít, a dokáže to naplnit jeho život. Udělala bych všechno proto, abych to dítě měla.*

#### **Vyhodnocení okruhu č. 4**

Ze získaných dat vyplývá, že většina respondentek si hledala informace o problematice pohledu jejich náboženství na asistovanou reprodukci na internetu. Drtivá většina respondentek také odpověděla, že by nerespektovala názor svého náboženství a dítě by si pořídila za každou cenu. Pouze jedna respondentka odpověděla, že by se dítěte kvůli víře vzdala a jedna odpověděla, že by záleželo na názoru jejího partnera, který je věřící. Většina respondentek chápe dítě jako nejvyšší dosažitelnou metu pro ženu v jejím životě, něco, co na světě zůstane jako odkaz na nás samotné a byly by pro něj schopny udělat téměř cokoliv.

## 5 DISKUZE

Hlavní cílem bakalářské práce bylo zjistit, jaký pohled mají ženy, které podstoupily asistovanou reprodukci na tuto problematiku z hlediska psychosociálního a spirituálního, tedy jak hodnotí dopady asistované reprodukce na jejich psychický a fyzický stav a také jejich pohled na tuto problematiku z hlediska jejich vyznání a spirituality. Odpověď byla zjišťována pomocí 4 okruhů otázek.

První okruh otázek se týkal diagnózy neplodnosti a použité metody asistované reprodukce u jednotlivých respondentek. Z deseti dotazovaných respondentek uvedlo šest problém s plodností na jejich straně, dvě na straně obou partnerů, jedna na straně partnera a jedna respondentka uvedla, že příčina neplodnosti nebyla zjištěna. Všechny respondentky také uvedly příčinu neplodnosti, zazněly diagnózy jako snížená funkčnost vaječníků, těžké záněty vaječníků v mládí, syndrom polycystických ovarií, oboustranná neprůchodnost vejcovodů, cysty, které poškodily jak vaječníky, tak vejcovody, srůsty, které poškodily vejcovod nebo protilátky proti partnerovým spermii. Na straně partnerů to byl problém s pomalými spermii. Z toho vyplývá, že neplodnost může mít mnoho různých příčin jak na straně partnerky, tak partnera, častěji se ale objevuje na straně ženy. Dále byly respondentky dotazovány na metody asistované reprodukce, které byly v jejich případech použity. Pět respondentek uvedlo jako metodu asistované reprodukce in vitro fertilization (IVF) z vlastních pohlavních buněk, v jednom případě byla provedena tato metoda z darovaných vajíček dárkyně a spermii partnera. Další dvě respondentky uvedly jako použitou metodu hormonální léčbu, jedna uvedla intrauterinní inseminaci a jedna uvedla intracytoplasmatickou injekci spermie do vajíčka. Na základě těchto informací je zřejmé, že nejčastěji užívanou metodou asistované reprodukce je u dotazovaných respondentek metoda in vitro fertilization (IVF) z vlastních pohlavních buněk. Respondentkám byla také položena otázka týkající se centra, kde se s neplodností léčily. Sedm z deseti respondentek uvedlo Centrum asistované reprodukce ve Fakultní nemocnici v Olomouci, další tři pak centrum IVF Clinic v Olomouci.

Druhý okruh otázek byl zaměřen na stres z podstupování asistované reprodukce. Všechny dotazované respondentky uvedly, že při nezdařených pokusech prožívaly pocity zklamání, neschopnosti, méněcennosti, studu, beznaděje, bezmoci, pocit vlastního selhání, že jsou k ničemu, nic neumí, měly pochybnosti o své normalitě a upadaly do deprese. Některé z nich si pokládaly otázky, proč zrovna ony nemohou být matkami, proč jim není

dopřáno dítě. Respondentkám byly také položeny otázky týkající se jejich vztahu s partnerem, jestli v něm došlo při podstupování asistované reprodukce k nějaké změně. Tři respondentky uvedly, že je podstupování asistované reprodukce a s tím spojený stres spíše sblížilo a došlo k upevnění jejich vzájemného vztahu. Tři respondentky uvedly, že jejich vztah s partnerem během tohoto procesu prošel velkou krizí, hodně se s partnerem hádali, vzájemně obviňovali, ale krizi nakonec přestáli. Jedna respondentka uvedla, že podstupování asistované reprodukce byl velký stres, který jejich vztahem s partnerem velmi otřásl, a nakonec došlo k rozvodu z důvodu partnerovy nevěry. Jedna respondentka dále uvedla, že zaznamenala změnu ve vztahu s partnerem hlavně po sexuální stránce, když sex probíhal v přibližně určeném čase, aby byla šance na otěhotnění co nejvyšší, jinak žádnou větší změnu nepocítila. Další dvě respondentky uvedly, že žádnou výraznou změnu ve vztahu s partnerem nezaznamenaly. Lze tedy konstatovat, že podstupování asistované reprodukce má velký vliv na psychiku obou partnerů, také na jejich vztah a znamená pro ně velkou zkoušku, která může jejich vztah buď upevnit, nebo úplně rozbít.

Třetí okruh otázek byl zaměřen na sociální nátlak. Respondentky byly dotazovány na tlak z okolí týkající se toho, kdy budou mít dítě a také tlak v důsledku podstupování asistované reprodukce. Šest respondentek uvedlo, že cítily silný nátlak na to mít dítě, hlavně ze strany matky jak respondentky, tak jejího partnera. Další čtyři respondentky tlak na dítě z okolí nepocítily, tento fakt byl ale vázán buď k respondentčině diagnóze, nebo studiu. Dále šest respondentek uvedlo, že si způsob početí svého dítěte nechalo s partnerem pro sebe, nebo to věděla jen hrstka „vyvolených“ z jejich okolí. Zbylé čtyři respondentky uvedly, že rodinu a blízké okolí a způsobu početí svých dětí informovaly a pocítovaly od nejbližších podporu. O to horší ale bylo, když se pokus o otěhotnění nezdařil. Dle slov respondentek zklamaly nejen sebe a partnera, ale i další lidi, kteří byli do tohoto procesu začleněni. Tři respondentky uvedly, že o podstupování asistované reprodukce uvědomily i zaměstnavatele, zbylé ho neinformovaly. Ze zjištěných odpovědí je zřejmé, že lidé z nejbližšího okolí velice silně ovlivňují chování a hodnoty respondentek týkající se dětí, ať už přímým nátlakem ze strany hlavně rodičů, nebo nepřímým nátlakem ve formě připomínek, týkajících se věku, toho, že jim začínají „tikat biologické hodiny“, nebo toho, jestli je kariéra na prvním místě. Dále byly respondentky dotazovány na dopady podstoupení asistované reprodukce na jejich fyzický a psychický stav. Tři respondentky uvedly, že po léčbě značně přibraly na váze, dvě trpěly nevolností po dávkách hormonů. Tři respondentky dále uvedly jako dopad na jejich fyzický a psychický stav bolestivé

zákroky a tři respondentky viděly největší dopad ve změnách jejich nálady. Často trpěly špatnou náladou, byly unavené a podrážděné na okolí, hlavně pokud se pokus o otěhotnění nezdařil. Jedna respondentka uvedla, že na sobě žádné vedlejší vlivy asistované reprodukce nepozorovala. Je tedy zřejmé, že asistovaná reprodukce velmi ovlivňuje jak fyzický tak psychický stav jak ženy, tak muže, a promítá se silně do jejich každodenního života.

Čtvrtý okruh otázek byl zaměřen na názor vyznání respondentek na asistovanou reprodukci. Respondentky byly dotazovány, zda znají pohled náboženských směrů na asistovanou reprodukci, v případě že jsou samy věřící, jestli znají konkrétní názor svého vyznání. Čtyři respondentky jsou křesťanského vyznání, tři věří „na něco mezi nebem a zemí“, anděly, čakry a karmu, jedna respondentka je bez vyznání, nicméně její manžel je muslim a dvě respondentky jsou bez vyznání. Čtyři respondentky uvedly, že si o názoru svého vyznání na asistovanou reprodukci hledaly informace na internetu ještě před zahájením léčby, tři respondentky se o názor náboženství na asistovanou reprodukci nezajímaly, občas si ale přečetly nějaký tematický článek na internetu v souvislosti s hledáním informací o neplodnosti a možnostech její léčby. Jedna respondentka uvedla, že si o této tématice hledala informace v knihách, jedna respondentka se o tuto tematiku vůbec nezajímala a jedna respondentka je o názoru jejího vyznání na asistovanou reprodukci informována ze svých studií, kdy tuto problematiku řešili s vyučujícím při výuce. Ze zjištěných informací vyplývá, že je v dnešní době největším zdrojem informací o metodách asistované reprodukce ve spojitosti s náboženstvím, neplodnosti a možnostech jejího řešení internet. Dále byly respondentky dotazovány, zda by si pořídily dítě pomocí asistované reprodukce i v případě, že by to jejich víra zakazovala. Sedm z deseti dotazovaných respondentek uvedlo, že ano. Dítě je podle nich nejvyšší dosažitelná meta, kterou může žena ve svém životě dosáhnout a náboženství by ji v tomhle směru bránit nemělo. Pouze jedna z respondentek odpověděla, že by postoj svého náboženství respektovala a zůstala bezdětná, jedna respondentka uvedla, že neví, jak by takovou situaci řešila a jedna respondentka také neví, jak by takovou situaci řešila, záleželo by hodně na názoru jejího věřícího manžela. Ze zjištěných informací lze tedy konstatovat, že pro dotazované ženy je dítě to nejdůležitější v jejich životě a udělaly by pro něj cokoli, i kdyby měly porušit pravidla své víry.

Z výzkumu realizovaného v této bakalářské práci je zřejmé, že asistovaná reprodukce výrazně ovlivňuje život a hodnoty lidí, kteří ji podstupují. Asistovaná reprodukce ovlivňuje jejich psychiku a fyzický stav, velice často narušuje vztahy mezi partnery navzájem



a i s jejich okolím. Pro ženy, které jsou věřící, a jejich náboženství zakazuje podstoupení určité procedury, musí být velice těžké rozhodnout se mezi něčím, čemu věří celý život a co dává jejich životu směr, a tím, jestli si i přes zákaz pořídí dítě a najdou nový smysl života a něco z čeho se budou každý den radovat. Je to pro ně jistě velice složité, ale z údajů získaných výzkumem vyplývá, že dítě je úplně nejvyšší hodnota na světě ze všech, a že jsou ženy ochotny udělat cokoli, aby své vytoužené dítě nakonec dostaly, i kdyby to znamenalo nerespektování pravidel jejich víry.

## ZÁVĚR

Hlavním cílem bakalářské práce bylo zjistit, jak popisují ženy, které podstoupily asistovanou reprodukci dopady této procedury na jejich psychický a fyzický stav, na jejich vztah s partnerem a blízkým okolím a v neposlední řadě zjistit, jak tuto problematiku vnímají z hlediska spirituálního a jejich vyznání.

Z výzkumu, který byl prováděn v předložené bakalářské práci, vyplývá, že asistovaná reprodukce umožňuje párům dosáhnout vytouženého dítěte, nese s sebou však mnohá úskalí, která ovlivňují ať už psychický stav partnera, u kterého je diagnostikován problém s neplodností, zároveň však i u druhého partnera nejen při nevydařeném pokusu o otěhotnění. Asistovaná reprodukce má také velký vliv na fyzický stav ženy, která musí podstoupit ať už hormonální léčbu nebo různé zákroky.

Asistované reprodukce má také velký dopad na vztah partnerů a znamená pro ně velkou zkoušku trpělivosti a tolerance k sobě navzájem. V některých případech může být podstupování asistované reprodukce tou poslední zkouškou, kterou vztah partnerů prodělá, někdy vztah stres nevydrží a s nepříchodem dítěte se vztah rozpadá. Asistovaná reprodukce ovlivňuje také vztahy párů s okolím, které na ně může vyvíjet tlak, aby už měli dítě. Okolí si mnohdy neuvědomuje následky svého chování a prohlubuje partnerský stres otázkami typu: „tak co, už jste v tom?“, „to jste se asi moc nesnažili“, a podobně.

Velký tlak pro partnery je také v tom, že pokud jsou věřící, jejich náboženství nemusí některé metody asistované reprodukce akceptovat. V takovém případě se pár musí rozhodnout, co je pro něj důležitější, jestli víra nebo dítě. Pokud se partneři rozhodnou podstoupit metodu, která není jejich vyznáním akceptována, často si tento fakt nechávají pro sebe a tvrdí, že bylo dítě zplozeno přirozenou cestou. Tohle je velmi těžká volba, rozhodnout se mezi něčím, v co partneři věří v podstatě celý život, co respektují a mezi něčím, co je od nich zcela přirozeně očekáváno, a to naplnění jejich rodičovské role. Zvláštním faktem je, že okolí partnerů často i nevědomky tlačí na to, aby měli partneři konečně dítě, paradoxně když je pro pár poslední šancí na dítě asistovaná reprodukce, mnoho lidí z jejich okolí je za tuto skutečnost místo podpory spíše odsoudí.

Téma vztahu asistované reprodukce a náboženství není ještě zcela probádáno, existuje několik málo publikací, které se touto problematikou zabývají, ale ne v takovém rozsahu, jaký by mohlo mít. Bakalářská práce předkládá výzkum, který byl prováděn pouze s deseti respondentkami, bylo by jistě zajímavé a přínosné udělat výzkum ve větším měřítku.

Každý jedinec má jinou spiritualitu a věří v něco jiného, co jej ovlivňuje a každý jedná podle svého vlastního uvážení a hodnot. Bylo by zajímavé získat tato fakta od více respondentů a porovnat je navzájem, a přinést tak hlubší a ucelenější pohled na toto téma.

## SEZNAM POUŽITÝCH ZDROJŮ

Knižní zdroje:

- [1] DESJARDINS-SIMON, Joëlle a Sylvie DEBRAS, 2015. *Nevědomé příčiny neplodnosti*. Praha: Portál. ISBN 978-80-262-0821-1.
- [2] DISMAN, Miroslav, 2011. *Jak se vyrábí sociologická znalost: příručka pro uživatele*. Praha: Karolinum. ISBN 978-80-246-1966-8.
- [3] DOHERTY, C. Maud a Melanie Morrissey CLARK, 2006. *Léčba neplodnosti: podrobný rádce pro neplodné páry*. Brno: Computer Press. ISBN 80-251-0771-X
- [4] DOSTÁL, Jiří, 2007. *Etické a právní aspekty asistované reprodukce: situace ve státech přijatých do Evropské unie v roce 2004*. Olomouc: Univerzita Palackého v Olomouci. ISBN 978-80-244-1700-4.
- [5] FREUNDL, Günter, Christian GNOTH a Petra FRANK-HERRMAN, 2008. *Chceme mít miminko: Nové cesty k vytoženému dítěti*. Praha: Jan Vašut s. r. o.. ISBN 978-80-7236-603-3.
- [6] HAŠKOVCOVÁ, Helena, 2015. *Lékařská etika*. Praha: Galén. ISBN 978-80-7492-204-6.
- [7] HEŘMANOVÁ, Jana a kol., 2012. *Etika v ošetrovatelské praxi*. Praha: Grada. ISBN 978-80-247-3469-9.
- [8] CHENERY-MORRIS, Sam, 2013. *Normal midwifery practise*. Moira MCLEAN. Londýn: Sage Publications Inc. Chap. 1. Normal midwifery practise. ISBN 978-0-85725-757-4.
- [9] JONES, Shirley R, 2000. *Ethics in midwifery*. Edinburgh: Elsevier Mosby. ISBN 0-7234-3172-8.
- [10] JONSEN, Albert R., 2000. „Krásný nový svět“: Racionalita v reprodukci. In: THOMASMA, David C. a Thomasine KUSHNEROVÁ. *Od narození do smrti: etické problémy v lékařství*. Praha: Mladá fronta. ISBN 80-204-0883-5.
- [11] KONEČNÁ, Hana, 2009. *Na cestě za dítětem: dvě malá křídla*. Praha: Galén. ISBN 978-80-7262-591-8.
- [12] MIOVSKÝ, Michal, 2006. *Kvalitativní přístup a metody v psychologickém výzkumu*. Praha: Grada. ISBN 80-247-1362-4.
- [13] MRÁZEK, Milan, 2003. *Umělé oplodnění I*. Praha: Triton. ISBN 80-7254-413-6.

- [14] OLSHANSKY, Ellen Frances, 2016. *Maternity & women's health care*. Deitra L. LOWDERMILK, Shannon E. PERRY, Kitty CASHION, Kathryn RHODES ALDEN. St. Louis: Elsevier. Chap. 6. Reproductive system concerns. ISBN 978-0-323-16918-9.
- [15] ROKYTA, Richard a kol., 2016. *Fyziologie*. Praha: Galén. ISBN 978-80-7492-238-1.
- [16] ŘEŽÁBEK, Karel, c2008. *Asistovaná reprodukce: průvodce ošetřujícího lékaře*. Praha: Maxdorf. ISBN 978-80-7345-154-7.
- [17] SLEPIČKOVÁ, Lenka, 2014. *Diagnóza neplodnost: sociologický pohled na zkušenost nedobrovolné bezdětnosti*. Praha: Sociologické nakladatelství (SLON) v koedici s Masarykovou univerzitou. ISBN 978-80-7419-140-4.
- [18] STEHLÍKOVÁ BABYRÁDOVÁ, Hana a Jiří HAVLÍČEK, 2006. *Spiritualita: fenomén spirituality z pohledu filozofie, religionistiky, teologie, literatury, teorie a dějin umění, pedagogiky, sociologie, antropologie, psychologie a výtvarných umělců: sborník transdisciplinárních esejů s mezinárodní účastí*. Brno: Masarykova univerzita. ISBN 80-210-4206-0.
- [19] ŠVARŤÍČEK, Roman, Klára ŠEĐOVÁ a kol., 2014. *Kvalitativní výzkum v pedagogických vědách*. Praha: Portál. Kapitola 6, Analýza kvalitativních dat. ISBN 978-80-262-0644-6.
- [20] ULČOVÁ-GALLOVÁ, Zdenka a Petr LOŠAN, 2013. *Neplodnost: útok imunity*. Praha: Grada. ISBN 978-80-247-4555-8.

#### Internetové zdroje:

- [21] Darované pohlavní buňky nebo embrya, ©2017. *IVF Zlín Czech Republic* [online]. Zlín: IVF Zlín Czech Republic. [cit-2017-1-11]. Dostupné z: <http://www.ivf-zlin.cz/24786-darovane-pohlavni-bunky-nebo-embrya>
- [22] Indukce ovulace, ©2017. *IVF Zlín Czech Republic* [online]. Zlín: IVF Zlín Czech Republic. [cit-2017-1-11]. Dostupné z: <http://www.ivf-zlin.cz/24775-indukce-ovulace>
- [23] Intrafolikulární inseminace IFI, ©2017. *IVF Zlín Czech Republic* [online]. Zlín: IVF Zlín Czech Republic. [cit-2017-1-11]. Dostupné z: <http://www.ivf-zlin.cz/24777-intrafolikularni-inseminace-ifi>

- [24] Intrauterinní inseminace IUI, ©2017. *IVF Zlín Czech Republic* [online]. Zlín: IVF Zlín Czech Republic. [cit-2017-1-11]. Dostupné z: <http://www.ivf-zlin.cz/24776-intrauterinni-inseminace-iui>
- [25] In Vitro Fertilizace IVF, ©2017. *IVF Zlín Czech Republic* [online]. Zlín: IVF Zlín Czech Republic. [cit-2017-1-11]. Dostupné z: <http://www.ivf-zlin.cz/24779-in-vitro-fertilizace-ivf>
- [26] IVF concept in different religions, ©2009. *In Vitro Fertilization IVF* [online]. In Vitro Fertilization IVF. [cit-2017-3-13]. Dostupné z: <http://in-vitro-fertilization.eu/different-religious-concepts-in-vitro-fertilization-assisted-reproduction/>
- [27] IVF-Hindu, ©2008. *IVF WORLDWIDE* [online]. IVF WORLDWIDE. [cit-2017-3-13]. Dostupné z: <http://www.ivf-worldwide.com/education/introduction/ivf-global-perspective-religious/ivf-hindu.html>
- [28] IVF-Christianity, ©2008. *IVF WORLDWIDE* [online]. IVF WORLDWIDE. [cit-2017-3-13]. Dostupné z: <http://www.ivf-worldwide.com/education/introduction/ivf-global-perspective-religious/ivf-christianity.html>
- [29] Kultivace so stádia blastocysty, ©2017. *IVF Zlín Czech Republic* [online]. Zlín: IVF Zlín Czech Republic. [cit-2017-1-11] Dostupné z: <http://www.ivf-zlin.cz/24783-kultivace-so-stadia-blastocysty>
- [30] MESA a TESE, ©2017. *IVF Zlín Czech Republic* [online]. Zlín: IVF Zlín Czech Republic. [cit-2017-1-11]. Dostupné z: <http://www.ivf-zlin.cz/24788-mesa-a-tese>
- [31] Minimální stimulace IVF, ©2017. *IVF Zlín Czech Republic* [online]. Zlín: IVF Zlín Czech Republic. [cit-2017-1-11]. Dostupné z: <http://www.ivf-zlin.cz/24795-minimalni-stimulace-ivf>
- [32] Mužská neplodnost, ©2014. *Neplodnost.org* [online]. Neplodnost.org [cit-2016-12-2]. Dostupné z: <http://www.neplodnost.org/muzska-neplodnost.html>
- [33] Náhradní /surogátní/ mateřství, ©2017. *IVF Zlín Czech Republic* [online]. Zlín: IVF Zlín Czech Republic. [cit-2017-1-11]. Dostupné z: <http://www.ivf-zlin.cz/24903-surogatni-materstvi>
- [34] PGD, PDS, ©2017. *IVF Zlín Czech Republic* [online]. Zlín: IVF Zlín Czech Republic. [cit-2017-1-11]. Dostupné z: <http://www.ivf-zlin.cz/24787-pgd-pgs>

- [35] Příčiny a diagnostika neplodnosti, ©2016. *IVF Zlín Czech Republic* [online]. Zlín: IVF Zlín Czech Republic. [cit-2016-12-2]. Dostupné z: <http://www.ivf-zlin.cz/24794-priciny-a-diagnostika-neplodnosti>
- [36] SHANK, Melodie, 2012. Religion and Third-Party Reproduction. In: *Fertility authority* [online]. North Carolina: Fertility authority, 7. 3. 2012 [cit-2017-3-12]. Dostupné z: <https://www.fertilityauthority.com/articles/religion-and-third-party-reproduction>
- [37] Typy a příčiny neplodnosti, ©2014. *Neplodnost.org* [online]. Neplodnost.org [cit-2016-12-2]. Dostupné z: <http://www.neplodnost.org/typy-priciny-neplodnosti.html>
- [38] Zákon č. 48/1997 Sb., 1997. Zákon č. 48/1997 ze dne 7. března 1997 o veřejném zdravotním pojištění a o změně a doplnění některých souvisejících zákonů. In: *Sbírka zákonů České republiky* [online]. Částka 16, s. 1186 – 1264 [cit-2017-10-1]. Dostupné z: [http://aplikace.mvcr.cz/sbirka-zakonu/SearchResult.aspx?q=48/1997&typeLaw=zakon&what=Cislo\\_zakona\\_sm\\_louvy](http://aplikace.mvcr.cz/sbirka-zakonu/SearchResult.aspx?q=48/1997&typeLaw=zakon&what=Cislo_zakona_sm_louvy)
- [39] Zákon č. 373/2011 Sb., 2011. Zákon č. 373/2011 ze dne 6. listopadu 2011 o specifických zdravotnických službách. In: *Sbírka zákonů České republiky* [online]. Částka 131, s. 4802 – 4838 [cit-2017-10-1]. Dostupné z: [http://aplikace.mvcr.cz/sbirka-zakonu/SearchResult.aspx?q=373/2011&typeLaw=zakon&what=Cislo\\_zakona\\_smlouvy](http://aplikace.mvcr.cz/sbirka-zakonu/SearchResult.aspx?q=373/2011&typeLaw=zakon&what=Cislo_zakona_smlouvy)

**SEZNAM POUŽITÝCH ZKRATEK**

ICSI	Intracytoplasmatická injekce spermií
IFI	Intrafolikulární inseminace
IUI	Intrauterinní inseminace
IVF	In vitro fertilization
MESA	Mikrochirurgické odsátí spermií z nadvarlete
PGS	Preimplantační genetický screening



## SEZNAM PŘÍLOH

- P I Polostrukturovaný rozhovor
- P II Transkripce rozhovoru s respondentkou

## PŘÍLOHA P I: POLOSTRUKTUROVANÝ ROZHOVOR

1. Kolik je vám let?
  2. Jaké je vaše nejvyšší dosažené vzdělání?
  3. Jaký je váš rodinný stav?
  4. Kolik máte celkem dětí?
  5. Jaké je vaše vyznání?
- 

### 1. Okruh: diagnóza neplodnosti a použitá metoda AR

- a. *Byl problém s početím na vaší straně nebo na straně partnera?*
- b. *Jaká metoda asistované reprodukce byla ve vašem případě použita?*
- c. *Kolikrát jste podstoupila metodu asistované reprodukce?*
- d. *Podstoupila jste více metod asistované reprodukce?*
- e. *Jaké centrum asistované reprodukce jste navštěvovala?*

### 2. Okruh: stres z podstoupení asistované reprodukce

- a. *Podstoupila jste asistovanou reprodukci opakovaně?*
- b. *Jaké pocity jste prožívala při neúspěšném pokusu?*
- c. *Změnil se nějak váš vztah s partnerem?*
- d. *Změnil se nějak váš vztah s lidmi ve vašem okolí?*
- e. *Prožívala jste někdy pocity, že již nechcete žádnou metodu asistované reprodukce podstoupit?*

### 3. Okruh: psychosociální nátlak

- a. *Pocítila jste někdy nátlak z okolí na to mít dítě?*
- b. *Informovala jste se svým partnerem okolí o tom, že podstupujete asistovanou reprodukci?*
- c. *Podpořila vás rodina v podstoupení asistované reprodukce?*
- d. *Cítila jste někdy od rodiny jiné chování ke svým dětem narozeným pomocí asistované reprodukce, než k dětem z přirozeného početí?*
- e. *Promítlo se podstupování asistované reprodukce do vašeho běžného života? Míněno ve smyslu únavy, dopadu léků, hormonů nebo po zákrocích?*
- f. *Jak na zjištění vašeho podstoupení asistované reprodukce reagoval váš zaměstnavatel?*

*g. Jak na zjištění vašeho podstoupení asistované reprodukce reagovali lidé z vašeho okolí, kteří vyznávají stejnou víru jako vy?*

**4. Okruh: názor náboženství na asistovanou reprodukci**

- a. Zajímala jste se někdy o názor vašeho náboženství na metody asistované reprodukce?*
- b. Kde jste tyto informace zjišťovala?*
- c. Je vaše náboženství v rozporu s metodami asistované reprodukce?*
- d. Ovlivnilo zjištění pohledu vaší víry na metody asistované reprodukce váš názor na podstoupení asistované reprodukce?*
- e. Podstoupila byste metodu asistované reprodukce i v případě, že by byla v rozporu s vaším vyznáním?*

## **PŘÍLOHA P II: TRANSKRIPCE ROZHOVORU S RESPONDENTKOU**

Dobrý den, jmenuji se Monika Staníková a jsem studentkou třetího ročníku oboru zdravotně sociální pracovník na Univerzitě Tomáše Bati ve Zlíně. Chtěla bych se Vás zeptat, jestli souhlasíte s nahráváním našeho rozhovoru na můj mobilní telefon?

*Ano, souhlasím.*

Samozřejmě všechna data získaná z našeho rozhovoru budou použita pouze pro účely mé bakalářské práce a Vy zůstanete v anonymitě.

*Ano, dobře.*

Tak, můžu tedy začít?

*Ano, můžete.*

Tak, kolik je Vám let?

*28.*

Jaké je Vaše nejvyšší dosažené vzdělání?

*Mám bakaláře z angličtiny a filozofie.*

Jaký je Váš rodinný stav?

*Jsem 2 roky šťastně vdaná.*

Kolik máte celkem dětí?

*Mám dvě děti, dvojčata holky.*

Jaké je Vaše vyznání?

*Já sama věřící nejsem, ale můj manžel je muslim.*

Dobře, děkuji. Tak. Byl problém s početím na Vaší straně nebo na straně partnera?

*Problém byl na mojí straně. Mám oboustrannou neprůchodnost vejcovodů.*

A jaká metoda asistované reprodukce byla ve Vašem případě použita?

*S manželem jsme podstoupili klasickou metodu IVF.*

Kolikrát jste s manželem tuto metodu podstoupili?

*Naštěstí se to povedlo hned napoprvé, bylo to velké štěstí, příprava je velice náročná.*

A jaké centrum asistované reprodukce jste navštěvovali?

*IVF Clinic tady v Olomouci.*

To je fajn, že Vám to vyšlo hned na poprvé a vyhnuli jste se tak těm nepříjemným pocitům, když to nevyjde.

*Vzhledem k tomu, že se nám povedlo otěhotnět hned při prvním pokusu, tak jsem tyto pocity naštěstí nepocítovala, ale dovedu si představit, jaký to musí být pro partnery stres, protože i my jsme byli docela podráždění, jestli se to povede, nepovede, co budeme dělat, když to nevyjde a tak.*

A přemýšlela jste třeba, že byste do toho šla znova, kdyby to napoprvé nevyšlo?

*Celý ten proces byl hodně náročný, ale touha mít mimčo by byla asi větší a určitě bych to zkusila aspoň ještě jednou.*

To jistě, musí to být velice těžké. A pocítila jste, že by se nějak změnil Váš vztah s partnerem?

*Přijde mi, že jsme se docela sblížili, bylo to velké rozhodnutí vůbec tento cyklus podstoupit a hodně jsme se s partnerem podporovali.*

A Váš vztah s okolím? Změnilo se něco?

*No, partnerova rodina žije v Tunisu, takže ti o naší dopomoci lékařů neví, a moje rodina to vzala v klidu, hodně nás taky podporovali.*

Takže Vaše rodina o podstoupení asistované reprodukce ví, partnerova ne. Rozumím tomu správně?

*Ano. Partnerova rodina to neví, žijí v Tunisu a nemyslím si, že by to potřebovali vědět. Moje rodina to věděla už od začátku, protože při mé diagnóze moc jiná šance na to mít dítě by stejně nebyla. A kamarádi to vědí také, také nás hodně podpořili.*

To je fajn, že Vás Vaše okolí takhle podpořilo. Takže na Vás rodina s dítětem ani netlačila, ano?

*Ani ne, mám ještě starší sestru, která má děti, takže na mě nikdo netlačil, a hlavně u nás doma vědí, jakou mám diagnózu, takže. A z mých kamarádek jsem vlastně první, kdo má děti, jsou to všechno kariéristky (smích).*

Pocítila jste někdy od svých blízkých jiné chování k Vaším dětem než k dětem Vaší sestry?

*Ne, to ne. Nikdy jsem nepocítila, že by se máma s tátou chovali k mým holčičkám jinak. Jsou rádi, že je mají.*

To je moc fajn. A promítlo se nějak podstupování asistované reprodukce do Vašeho běžného života? Byla jste třeba unavená, měla nevolnost z léků nebo po zákrocích?

*Byla jsem docela ve stresu, některé zákroky byly hodně bolestivé, ale stálo to za to. Paradoxně mnohem horší byl potom porod, to byla fakt hrůza. (smích)*

Ví o Vašem podstoupení asistované reprodukce Váš zaměstnavatel?

*Můj zaměstnavatel to jako ví, že máme děti z umělého, ale nikdy to nijak neřešil. Když jsem šla na zákrok, tak jsem si vzala dovolenou a tím, že se to povedlo hned napoprvé, tak se nijak další absence v práci neřešila. A v práci jsem byla do konce sedmého měsíce, pak už jsem byla ale hodně unavená a musela jsem ještě na necelé tři týdny na nemocenskou, než jsem nastoupila na mateřskou.*

A jak na to, že podstupujete asistovanou reprodukci, reagovali Vaši známí, kteří také vyznávají islám?

*No zajímali se, jak to chodí, ale jinak nás neodsoudili nebo tak něco. Ono jich ani stejně věřících tady v Olomouci moc není, nebo jsme se s nimi nesetkali.*

Zajímali jste se s partnerem, jestli islám toleruje metody asistované reprodukce?

*Když jsme s partnerem společně mluvili o budoucnosti, tak znal můj problém, a že dítě jinak, než z umělého mít asi nebude. Ale řekl, že mě miluje a že to akceptuje a udělá vše pro to, abychom měli společně děti. Tenkrát mi tím hodně vyrazil dech. I když jsme neudělali něco, co by jeho víru porušilo, islám asistovanou reprodukci normálně akceptuje.*

A kde jste si o tom hledali informace?

*Četli jsme si hodně na diskuzních fórech na internetu.*

Takže islám není v rozporu s metodou asistované reprodukce, která byla ve Vašem případě použita?

*Ne, není. Islám hodně podporuje rodinu, takže dopomoc ze strany lékařů tolerují, vím ale, že třeba nepřipouští náhradní matky.*

Podstoupila byste metodu asistované reprodukce i v případě, že by byla v rozporu s Vaším vyznáním, u Vás tedy v případě manželova vyznání?

*Asi by hodně záleželo na partnerovi, ale on věděl, do čeho jde a byl ochoten to podstoupit za každou cenu, takže bychom do toho šli, i kdyby to islám zakazoval.*

Tak. Děkuji Vám moc za rozhovor a mějte se hezky. Nashledanou.

*Vy se taky mějte a hodně štěstí u státnic!*